

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1901, à 1 heure

Par PAUL DARBOIS

Né à Charolles (Saône-et-Loire), le 22 Novembre 1873.

TRAITEMENT

DU

LUPUS VULGAIRE

Suivant les Indications

*Président : M. RAYMOND, professeur.**Juges : MM. BROUARDEL, professeur.**BONNAIRE et DUPRÉ, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Février 1901, à 1 heure

Par PAUL DARBOIS

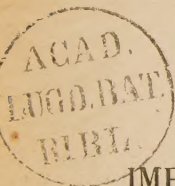
Né à Charolles (Saône-et-Loire), le 22 Novembre 1873.

TRAITEMENT

DU

LUPUS VULGAIRE

Suivant les Indications

*Président : M. RAYMOND, professeur.**Juges : MM. BROUARDEL, professeur.**BONNAIRE et DUPRÉ, agrégés.**Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESLE.
	}	N.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
	}	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU
		TILLAUX.
		PANAS.
Clinique ophthalmologique.....		GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		BUDIN.
Clinique d'accouchement.....		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILÉAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MÉRY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. BROCO

Médecin de l'Hôpital Broca-Pascal

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND,

Professeur de clinique des Maladies Nerveuses à la Faculté de Paris.

Médecin de la Salpêtrière,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Parmi les dermatoses, l'une des plus fréquentes, des plus étudiées, des mieux connues, est assurément le lupus vulgaire ou lupus de Willan. Ses caractères objectifs, son évolution, sa nature même qui jusqu'à ces dernières années avait été le sujet de vives polémiques, ne sont plus guère discutés aujourd'hui. Le lupus a définitivement pris rang parmi les scrofulo-tuberculoses de la peau ; et dans ce groupe, il occupe une place bien à part. Les caractères de l'élément lupique sont : sa couleur jaune rosé, sa transparence, son indolence, la facilité avec laquelle il se laisse dilacérer ; ils suffisent à le différencier des autres formes de tuberculose cutanée : le tubercule anatomique, le lupus érythémateux, la tuberculose verruqueuse de Riehl et Paltauf, etc.

S'il y a entente à peu près parfaite sur la nature du lupus, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit du traitement. Unanimes à constater la désespérante ténacité de cette affection, les dermatologistes se sont de tout temps ingéniés à lui appliquer les médications les plus diverses, avec des résultats plus ou moins heureux.

Il nous a paru intéressant de passer en revue ces

divers modes de traitements ; de constater quels en sont les résultats, les avantages, les défauts ; de voir dans quel cas spécial chacun d'eux doit être appliqué suivant l'étendue, la marche, le siège du lupus, suivant l'âge et le sexe du lupique, suivant enfin le pays qu'il habite et sa condition sociale.

Notre excellent maître, M. le docteur Brocq, qui nous a conseillé cette étude, nous a fourni à l'appui de ses opinions personnelles basées sur de longues années d'expérience pratique les nombreuses observations des malades de son service. Nous même, pendant les années d'externat que nous avons passées dans les services de M. Hallopeau, de M. Balzer, de M. Brocq, nous avons vu et traité par diverses méthodes bon nombre de lupiques.

Pendant le Congrès de Dermatologie (août 1900), nous avons pu examiner les malades guéris présentés par M. Finsen de Copenhague, par M. le professeur Lang de Vienne, par les maîtres les plus éminents des hôpitaux de Paris, et nous nous sommes fait une idée personnelle sur les résultats obtenus. Enfin, les savantes communications faites à ce même Congrès par le professeur Lang, par M. Forchhammer, par M. Besnier, par notre maître M. Brocq et d'autres encore, ont jeté sur ces questions une lumière nouvelle et mis au point des détails restés jusqu'alors indécis.

C'est à ces sources que nous avons puisé ; ce sont ces matériaux que nous avons essayé de grouper en nous efforçant d'étayer nos conclusions, non sur des théories, mais sur des faits.

Au moment où s'achèvent nos études médicales, qu'il nous soit permis, selon la coutume, de jeter un coup d'œil rétrospectif sur nos cinq années d'externat, nos sept années de médecine si rapidement écoulées. Durant leur cours, nous avons eu le bonheur d'être guidé par des maîtres excellents, et nous sommes heureux de l'occasion qui s'offre à nous de dire publiquement ici tout ce que nous leur devons.

M. le professeur Raymond a bien voulu accepter d'être notre président de thèse ; nous le prions de croire à notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait.

C'est M. le docteur Brocq qui a eu l'idée première de ce travail, c'est lui qui en a en partie inspiré les conclusions ; c'est dans son beau service de l'hôpital Broca-Pascal qu'ont été recueillies la plupart des données pratiques utilisées dans cette étude. Nous avons tiré grand profit de ses obligeants conseils et de son expérience. Qu'il nous permette de lui offrir cet essai comme un imparfait témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

De notre premier maître, le professeur Hanot, nous gardons un souvenir ému. Il nous a initié à la pratique de l'auscultation. Sa chaude parole a fait naître en nous le goût de ces recherches cliniques qui le passionnaient.

Notre première année d'externat s'est passée en majeure partie dans le service de M. le docteur Brun. Comme tous ses élèves, nous avons été frappé de son habileté d'opérateur, de son dévouement pour les en-

fants confiés à ses soins, du talent avec lequel il savait les disputer à la mort.

Pendant quelques mois M. le docteur Hallopeau fut notre maître ; ses explications lumineuses et son savant enseignement nous révélèrent l'intérêt puissant que présentent les études dermatologiques.

Dans le service modèle du professeur Guyon, nous avons écouté pendant une année, avec un intérêt sans cesse croissant, ses cliniques si pleines de bons sens et de vues ingénieuses ; et nous n'avons cessé d'admirer son impeccable pratique, sa bonté et son tact exquis envers ses malades.

M. le docteur Brault fut pour nous, non seulement un maître précieux, mais encore un ami véritable. En entendant à Tenon ses séduisantes causeries au lit du malade, des horizons nouveaux, des aperçus insoupçonnés se sont ouverts à notre esprit ; nous nous rappellerons toujours l'année trop rapide passée dans ce service, de même que nous ne saurions oublier l'affectueux dévouement avec lequel il nous a soignés, nous et les nôtres, aux heures de maladie.

C'est M. Balzer qui a continué, à Saint-Louis, notre éducation dermatologique. Nous lui devons un grand nombre de renseignements intéressants mis à profit dans ce travail. Qu'il sache notre gratitude pour la bienveillance particulière dont il a fait preuve à notre égard.

Nous prions aussi nos autres maîtres des hôpitaux de Paris. M. Champetier de Ribes, M. Périer, M. Albarran, M. Piqué, M. Genouville et aussi MM. Marion et

Gosset qui ont guidé nos premiers coups de scalpel, de croire à toute notre reconnaissance.

M. Ch. Nélaton nous a donné des documents inédits, observations et photographies de malades opérés dans son service de l'hôpital Saint-Louis ; M. le professeur Besnier a bien voulu nous autoriser à reproduire photographiquement quelques uns des superbes moulages faits par M. Baretta sur des malades de son service ; M. le docteur Leredde nous a très aimablement permis de visiter les appareils Finsen installés dans la maison de santé qu'il dirige et de nous en servir pour divers essais ; avec l'obligeance que tous lui connaissent, M. le docteur Sottaz a mis à notre disposition les belles photographies qu'il avait prises à l'hôpital Broca ; nous leur adressons à tous nos remerciements et l'expression de notre gratitude.



DIVISION DU SUJET

I. — La PREMIÈRE PARTIE de ce travail comprend la description rapide des divers modes de traitement du lupus :

1° Le **Traitement général**, par l'*hygiène*, les *médicaments*, les *sérums* ;

2° Les **Procédés de cure radicale** du lupus ;

3° Les **Traitements locaux de longue durée** : scarification ; raclage ; ignipuncture ; air chaud ; caustiques ; injections locales médicamenteuses ; électricité ; méthode de Finsen.

II. — Dans la DEUXIÈME PARTIE nous présenterons un **Résumé comparatif** de ces divers traitements, mettant en relief leurs avantages et leurs défauts.

Le **Choix d'un traitement** approprié :

A) à l'*étendue*, au *siège*, à la *nature* du lupus ;

B) à l'*âge*, au *sexe*, à l'*habitat* et à la *situation sociale* du malade ;

fera l'objet du dernier chapitre.



PREMIÈRE PARTIE

I

TRAITEMENT GÉNÉRAL

La plupart des lupiques sont de souche tuberculeuse et ont présenté eux-mêmes des manifestations scrofulieuses. La statistique que Leloir a publiée dans son bel ouvrage sur la scrofulose de la peau est éloquent sur ce point. (1) Laissons parler les chiffres.

Sur 312 lupiques, Leloir a trouvé que :

113 étaient de souche tuberculeuse ;

64 avaient des parents atteints d'accidents scrofulo-tuberculeux ;

186 habitaient avec une personne (parents, domestiques, camarades d'atelier) atteinte de tuberculose ;

26 avaient des parents atteints eux aussi de lupus ;

201 étaient des femmes ;

111 des hommes.

Ajoutons que d'après nos observations personnelles nous avons trouvé :

Que le 1/4 des malades porteurs d'un lupus étaient en

(1) H. Leloir. *Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau*, p. 104.

même temps atteints de tuberculose pulmonaire, au moment où ils venaient consulter à l'hôpital ;

Que les 7/12 des lupiques devenaient tuberculeux, avant, pendant ou après l'apparition de leur lupus.

Le lupique n'est donc pas atteint d'une affection purement locale : son organisme tout entier est malade ou gravement menacé.

Le médecin doit le regarder comme un tuberculeux et le traiter comme tel.

Les procédés thérapeutiques usités en pareil cas sont de trois ordres :

L'hygiène, les médicaments, les sérums.

1° HYGIÈNE

Par ce mot assez vague d'hygiène, nous entendons la règle de vie, le *modus vivendi*, nettement formulé par le médecin et qui doit être observé strictement par le tuberculeux désireux de guérir. Les bases de ce traitement hygiénique sont la cure d'air et la suralimentation.

Tout le monde sait que la *cure d'air* telle qu'on la pratique dans les sanatoria donne chez les tuberculeux des résultats excellents. Grâce à elle, l'appétit est surexcité et on peut suralimenter les malades dont l'état général s'améliore rapidement.

De plus, le lupus lui-même se modifie notablement, alors même qu'il n'est soumis à aucun traitement local.

M. Morin, médecin du sanatorium du Mont-Blanc à Leysin, nous a donné sur ce point l'intéressante observation que voici :

X..., 35 ans, est arrivé il y a environ 6 mois à Leysin, portant au sommet droit un foyer d'infiltration et de ramollissement assez étendu. Indépendamment de son affection pulmonaire, il avait deux larges plaques de lupus, l'une, à la face interne du coude gauche, l'autre, sur le dos de la main. Ce lupus était en voie de progression, et présentait de nombreux noyaux disséminés à sa périphérie. La plus grande surface était ulcérée et couverte d'une épaisse couche de pus desséché. Après quelques mois de cure d'air d'altitude, l'état général du malade s'est beaucoup amélioré, et l'état du poumon s'est modifié d'une manière extrêmement favorable. En même temps, le lupus a considérablement changé d'aspect. Plusieurs des nodules périphériques se sont résorbés. La surface ulcéreuse s'est nettoyée et recouverte d'un épiderme solide, et toute la masse lueuse qui proéminait fortement sur la surface de la peau saine s'est diminuée au point de ne se différencier de la peau voisine que par une couleur rouge et une induration assez marquée. Je n'ai fait à ce lupus aucun traitement; le malade s'y étant refusé après une application unique d'une pâte arsénicale qui avait provoqué un peu de douleur.

Ce n'est pas une guérison complète, mais une amélioration extraordinaire qui a marché de pair avec le changement survenu dans la bacillose pulmonaire d'un malade qui présentait à son arrivée un mauvais état général.

Cette observation et quelques autres exemples semblables que nous connaissons, prouvent nettement qu'en soignant l'état général du lupique on agit souvent avec efficacité sur le lupus.

Insuffisante pour amener la guérison complète d'une

tuberculose cutanée, la cure d'air des sanatoria est donc néanmoins un des meilleurs adjuvants du traitement local. Son influence se fait sentir non seulement sur le lupus en traitement, mais aussi, mais surtout sur l'organisme du malade qu'il importe avant tout de modifier en se souvenant qu'un lupique est toujours un candidat à la bacillose pulmonaire.

Cette cure d'air des sanatoria est fort coûteuse, et, partant, inaccessible à certaines bourses. Dans la pratique elle peut être remplacée jusqu'à un certain point par une hygiène raisonnée, surveillée par le médecin. En quoi donc consistera ce traitement hygiénique ?

Il est évident que nous ne pouvons donner ici des règles immuables d'une hygiène applicable tous les malades. Autant de cas, autant de prescriptions diverses. Pour prendre un exemple, nous supposerons avoir affaire à un parisien atteint de lupus, ou à un malade venu à Paris pour se soigner.

Actuellement, presque tous ceux qui se trouvent dans ces conditions habitent Paris chez eux ou à l'hôtel et vont de temps à autre se faire soigner aux consultations des hôpitaux, ou chez le médecin qui les traite. Pareil état de choses est loin d'être l'idéal. L'air de Paris, chargé de microbes est une source d'infection continuelle pour ces organismes en état de moindre résistance, et on est en droit de s'étonner que quelques-uns d'entre eux parviennent à échapper à cette tuberculose pulmonaire à laquelle ils s'exposent si bénévolement. Combien ces malades feraient mieux

au lieu de se confiner dans une chambre fermée, au lieu de respirer cette atmosphère viciée et de vivre la vie antihygiénique du parisien, d'aller s'installer dans une bourgade des environs, d'où ils viendraient de temps en temps se faire soigner à Paris. Là, habitant une maison autant que possible abritée du vent et bâtie sur un sol sablonneux, comme il en existe tant aux alentours de Sèvres, à Antony, à Robinson, par exemple, ils seraient à même de suivre constamment les prescriptions hygiéniques que tout tuberculeux devrait observer, et dont les grands traits sont la suralimentation et la cure d'air.

Voici, pour fixer les idées, l'ordre du jour d'un tuberculeux de 25 ans et placé dans les conditions énoncées plus haut :

Matin : premier déjeuner à 7 h. 1/2, se composant de : deux œufs à la coque peu cuits, avec mouillettes beurrées, ou encore une tasse de chocolat ou de café au lait avec tartines de beurre et de miel.

A 10 heures : 60 grammes de viande crue.

On se servira de viande de bœuf raclée au couteau de façon à éliminer toutes les fibres tendineuses : on la prendra dans du bouillon froid, de la gelée de groseilles, ou tout simplement avec du poivre et du sel.

De 10 heures et demie à midi : cure d'air. Etendu sur une chaise longue placée dans le jardin, sur un balcon ou devant la porte, abrité du vent par un parasol, entouré de couvertures, une boule d'eau chaude

aux pieds, le malade respirera tranquillement jusqu'à l'heure du déjeuner.

A midi : déjeuner. Œufs, viandes grillées, légumes en purée. Comme boisson, de l'eau, ou de l'eau rougie. Pas d'alcools ni de vins dits réconfortants.

De 1 à 2 heures : promenade à pied, lentement, et autant que possible en terrain plat ; ou à bicyclette en évitant tous les efforts.

De 2 à 4 heures : cure d'air sur la chaise longue.

A 4 heures : prendre 60 grammes de viande crue ; puis nouvelle séance de cure d'air.

A 7 heures : diner. Comme le déjeuner de midi.

De 8 à 9 heures : cure d'air sur la chaise longue placée dans une chambre, la fenêtre entr'ouverte.

A 9 heures : coucher. La fenêtre doit rester entr'ouverte ; un paravent sépare la fenêtre du lit du malade de façon à éviter les courants d'air.

Tel sera le programme de la journée. C'est à peu près celui que suivent les tuberculeux dans les sanatoria ou les stations climatiques où ils vont chercher la santé. En le mettant à exécution, le malade peut être assuré de se trouver dans d'excellentes conditions pour guérir ; nous possédons un certain nombre d'observations de tuberculeux vivants et guéris dans les environs de Paris, grâce à l'exacte et persévérante pratique de ces principes.

En résumé, le traitement général consiste à :

Améliorer l'hygiène du lupique (exercice raisonné, séjour au grand air) ;

Modifier peu à peu son tempérament par des médicaments appropriés.

Cette médication a pour résultat de développer l'appétit du malade qui mange bien et engraisse, et de le mettre à même de résister à l'envahissement bacillaire. On ne devra pas oublier toutefois, qu'employée seule, elle est toujours insuffisante à guérir le lupus et doit être regardée seulement comme un adjuvant excellent du traitement local.

C'est aussi le jugement que l'on peut porter sur les cures d'eaux thermales dont les plus préconisées sont :

Kreuznack, Salies de Béarn, Salins, Bez (Eaux chaudes); Bagnères de Luchon, Barèges, Uriage, Allevard (sulfureuses); La Bourboule, le Mont-Dore (arsénicales).

2° MÉDICAMENTS

Dans la plupart des cas, il est utile de ne pas se contenter d'un traitement hygiénique et de faire prendre au malade des médicaments choisis avec discernement.

A) Les *corps gras* absorbés en quantité assez considérable semblent améliorer rapidement la plupart des lupiques.

On pourra prescrire l'*huile de foie de morue* épurée (l'*huile brune est parfois mal supportée*) à la dose de 2 à 8 cuillerées à soupe par jour. On arrivera à voiler

son odeur insupportable pour certains malades en lui adjoignant du sirop d'écorce d'oranges amères, ou du rhum.

Certaines personnes prétendent n'en être nullement incommodées en procédant de la manière suivante :

Pressurer dans un verre une orange, mettre ensuite la quantité d'huile à avaler. L'huile surnage et forme une deuxième couche distincte de la première ; puis, pressurer une deuxième orange dont le jus vient former une troisième couche au dessus de l'huile. On avale alors le tout ; le goût de l'huile se trouve presque absolument dissimulé.

Le jus d'orange peut être remplacé par de la bière.

On peut également ordonner de la *glycérine* pure, ou de l'*huile d'olives* à des doses analogues.

B) La *créosote* rend également des services. Elle est indiquée lorsque le malade a des lésions pulmonaires qui évoluent lentement ; elle est contre-indiquée quand il y a tendance aux congestions et aux hémoptysies.

Les capsules de créosote, le vin créosoté, l'huile de foie de morue créosotée, ont le défaut de fatiguer à la longue l'estomac. Les injections hypodermiques d'huile créosotée suivant la méthode de Gimbert, perfectionnée par Burlureaux, n'ont pas cet inconvénient, mais elles demandent à être faites avec un soin et une asepsie rigoureuse si l'on veut éviter des abcès.

C) Les *arsénicaux* sont parfois fort utiles. Suivant les préférences du malade et l'état de son estomac, on

les donne en sirop, en pilules, en injections hypodermiques.

La formule suivante de Leloir a l'avantage de réunir plusieurs médicaments excellents :

Sirop antiscorbutique.....	100 grammes.
Glycérine	100 —
Iodure de sodium	4 —
Chlorure de sodium.....	10 —
Liquueur de Pearson ou de Fowler	LX gouttes.

2 à 10 cuillerées à café après les repas.

Pilules : Arséniate de soude.....	1 milligr.
Extrait de gentiane.....	4 centigr.
Diascordium.....	5 —

Pour une pilule.

1 à 2 par jour après les repas.

Les injections profondes intra-musculaires de *cacodylate de soude*, pratiquées dans la fesse à la dose de 5 à 20 centigrammes tous les deux jours, sont bien supportées. Elles excitent l'appétit et le poids du malade augmente rapidement.

D) Les *iodures* et les *chlorures*, donnent souvent d'excellents résultats.

Le sirop iodo-tannique de Guillermond, le sirop antiscorbutique, le sirop d'iodure de fer, seront ordonnés avec profit aux enfants strumeux.

Hardy donnait systématiquement à ses lupiques, 1 à 3 grammes de chlorure de sodium chaque jour.

E) L'*iodoforme* pourra être administré par la voie buccale ou en injections hypodermiques.

Par la voie buccale on le donnera en pilules, d'après la formule du professeur Guyon :

Iodoforme.....	1 centigramme.
Créosote	5 —
Arséniate de soude.....	1 milligramme.
Excipient	Q. S. pour 1 pilule.
2 par jour pendant les repas.	

Malheureusement, certaines personnes ont à la suite de l'ingestion de ces pilules des éructations fétides qui les obligent à abandonner ce médicament.

Le docteur Morel-Lavallée prescrit l'iodoforme en *injections hypodermiques* sous forme d'huile iodoformée à la dose de 2 à 5 centigrammes par jour pour un adulte (1). Il aurait ainsi obtenu d'excellents résultats.

F) Le docteur Philippon a essayé le fluorure de sodium à l'intérieur à la dose de 1 décigramme, trois fois par jour (2). Les effets par lui obtenus sont encore incertains et demandent confirmation.

G) Le *cantharidate de potasse* préconisé par Liebreicht est encore à l'essai, les observations publiées étant peu concluantes. Et quant à la *cantharidine* qui, en injections hypodermiques, aurait donné des guérisons avec des cicatrices si parfaites qu'on ne les pouvait distinguer des tissus sains, elle est à peu près complètement abandonnée aujourd'hui, son emploi étant tou-

(1) *Bulletin médical*, n° 99, 1890.

(2) *Rev. dermat. et syph.*, 1899, p. 900.

jours dangereux pour le rein, et souvent absolument inefficace (1).

3^o SÉROTHÉRAPIE

A) Tuberculines de Koch.

Deux sérums antituberculeux, ou tuberculines, ont été successivement appliqués par Koch au traitement de la tuberculose.

La première porte le nom de Lymphé de Koch ; la seconde, celui de tuberculine T R.

La première tuberculine, ou *Lymphé de Koch*, est aujourd'hui définitivement jugée ; elle ne guérit pas plus la tuberculose cutanée que la tuberculose pulmonaire. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les conclusions du rapport magistral de M. Besnier et de M. Hallopeau (2).

« Dans les tuberculoses tégumentaires en général et en particulier dans toutes les variétés de la tuberculose lupique, dit M. Besnier, la tuberculine de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de la masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés. Très notable dans

(1) Liebreich. *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1895, p. 293-323 et H. Köbner. *Dermatol. Zeitschrift*, 1895, t. II, p. 245.

(2) Communications présentées à la Société de Dermat. et de Syph., par MM. Besnier et H. Hallopeau, le 12 févr. 1891. Voir *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1891, p. 129.

les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les formes fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, fibreuses; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave dont les variétés sont sèches et fermées. Elle peut être accrue par l'emploi simultané de tous les procédés qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément. Sous le rapport curatif, cette action du remède même répétée jusqu'à tolérance est insuffisante pour amener la guérison; elle n'est ni supérieure, ni même égale aux procédés de traitement ordinaires dont nous disposons actuellement. »

M. Hallopeau insiste sur les inconvénients de ce traitement : persistance de la fièvre pendant quarante-huit heures, insomnies, douleurs musculaires, complications cardiaques possibles. En somme, comme M. Besnier, il renonce à l'emploi d'une méthode dont les inconvénients ne sauraient être compensés par les rares avantages.

Les effets de la seconde tuberculine de Koch, ou *tuberculine TR* sont un peu différents.

Tous les auteurs s'accordent à dire que les résultats immédiats sont en apparence excellents : la réaction locale est modérée, la douleur n'est généralement pas très vive, les phénomènes généraux ne prennent un caractère alarmant que si le malade est atteint de lésions pulmonaires. Au bout de quelques jours d'après Morris et Whitefield (1), on observe une diminution rapide de l'étendue et de la rougeur du lupus, la cicatri-

(1) *The british med. journal*, 24 juillet 1897.

sation des surfaces ulcérés, la diminution progressive de l'œdème des tissus.

Lassar, qui le premier après Koch appliqua la tuberculine TR au traitement du lupus, Doutrepelont, Wœrner, Bukowsky, M. Balzer et son élève le docteur Faure, d'autres encore ont constaté ces phénomènes surprenants qui font croire que le malade va guérir ; mais la désillusion ne tarde pas à survenir. Bientôt, en effet, l'accoutumance se produit, et dès lors le lupus reprend sa marche comme par le passé ; ou bien le malade part, se croyant guéri, et 10 jours 15 jours, 1 mois après, il revient avec une récurrence terrible qui lui enlève tout le bénéfice du traitement subi.

Nous avons vu dans le service de M. Balzer à Saint-Louis des malades qui avaient été traités par la tuberculine TR, qui avaient été considérés un moment comme guéris ou du moins si améliorés qu'on les avait envoyés à la campagne ; et ces malheureux revenaient navrés, présentant un lupus hypertrophique, congestionné, exubérant, ne voulant entendre parler à aucun prix des injections de tuberculines. Tout était à refaire.

Ainsi la tuberculine TR ne guérit pas le lupus ; elle ne l'améliore que d'une manière éphémère. Moins dangereuse que son aînée la lymphé de Koch, elle est comme elle inefficace et doit céder le pas aux autres traitements du lupus. C'est une fois de plus une intéressante, mais infructueuse tentative à enregistrer dans l'histoire du traitement de la tuberculose (1).

(1) Voir sur ce sujet l'excellent travail de M. le docteur Faure. Thèse de Paris, 1899.

B) Action des toxines streptococciques sur le lupus.

MM. Hallopeau et Roger (1) ont fait, il y a quelques années (en 1896) une tentative thérapeutique ingénieuse. Se basant sur les modifications que l'érysipèle imprime au lupus, sur les cas dans lesquels on a injecté à des cancéreux des toxines streptococciques, ils ont tenté de traiter des malades atteints de lupus vulgaire par l'injection de cultures streptococciques stérilisées à l'autoclave à 100°. Les résultats ont été malheureusement assez peu favorables. Sur 7 malades traités, 1 seul fut très amélioré en l'espace de 7 mois ; 2 furent un peu améliorés ; les autres ne présentèrent aucun changement. M. Hallopeau ne se crut pas autorisé à continuer cette tentative.

C) Autres essais sérothérapiques.

Nous ne parlerons que pour mémoire du *sérum de Moragliano* que Hager a employé en badigeonnage chez les lupiques : 1 centimètre cube suffit pour trois ou quatre badigeonnages. On en fait ordinairement trois par jour. Les résultats sont jusqu'ici peu concluants.

Quelques autres *tentatives de sérothérapie* ont encore été faites à *titre de traitement local du lupus*.

(1) *Pressé médicale*, 8 avril 1896, p. 169.

Tommasoli (1) a pratiqué autour des lupômes des injections de sérum de chien à la dose de 2 à 6/10 de centimètre cube. Il n'a obtenu que des améliorations fugaces.

MM. Broca et A. Charrin ont injecté sous les ulcérations tuberculeuses 1 à 5 centimètres cubes du sérum d'un chien rendu localement tuberculeux, et ont obtenu de la sorte des améliorations rapides et des cicatrisations; malheureusement, la récurrence ne se fait jamais attendre bien longtemps, prouvant ainsi l'efficacité très relative de ce traitement.

Tout dernièrement, M. Hirschfelder a traité dans le service de M. Hallopeau plusieurs cas de lupus par la préparation qu'il appelle oxytuberculine et qui n'est qu'une tuberculine atténuée et modifiée par une ébullition prolongée. Il aurait obtenu ainsi des améliorations rapides, mais toujours passagères.

En somme, tous ces essais ont été jusqu'ici plus ou moins infructueux. Dans l'état actuel de nos connaissances, à peine peut-on considérer ces médications comme pouvant être dans certains cas des auxiliaires utiles des autres moyens d'action habituellement employés.

Sérums, médicaments, cure d'air et suralimentation ne donnent que des améliorations et pas de guérison totale du lupus. Le traitement local s'impose.

(1) Tommasoli. — *Reform. médic.*, 20 et 22 mai 1893. p. 463 et 495.

II

CURE RADICALE

Le lupus s'étend dans l'immense majorité des cas beaucoup plus en surface qu'en profondeur ; lorsque la lésion locale est assez circonscrite, on conçoit donc qu'il est possible d'enlever d'un bloc toute la néoplasie sans provoquer une perte de substance irréparable. Aussi, de tout temps, la chirurgie s'est-elle efforcée de pratiquer l'ablation des tissus pathologiques, soit au *fer rouge*, soit au *bistouri*. Mais ces opérations ne se sont réellement perfectionnées que depuis la pratique de l'asepsie qui a rendu possible les autoplasties et les greffes.

1° CAUTÉRISATIONS PROFONDES

A) **Cautères.** — Il est une méthode que l'on pratiquait couramment autrefois lorsqu'il s'agissait de détruire un lupus de petite étendue : par l'application d'un fer chauffé au rouge, on produisait une escarre profonde intéressant la partie malade tout entière et débordant un peu sur la peau saine. La plaie guérissait sous l'escarre ; ou bien, si l'escarre tombait prématurément, il se produisait des bourgeons exubérants que l'on aplanissait en les touchant au nitrate d'argent, et la plaie se comblait peu à peu. Les cicatrices qui

en résultaient étaient souples, d'un blanc mat, très visibles et toujours indélébiles. Lorsque l'escarre avait été suffisamment étendue, il n'y avait pas de repullulation.

Le défaut de cette méthode, c'est non seulement la douleur que provoque l'application du cautère, mais surtout la persistance fâcheuse d'une cicatrice extrêmement apparente. Ajoutons que parfois, lorsque l'escarre avait été profonde, il y avait des pertes de substance difficiles à combler et provoquant des rétractions cicatricielles. Aussi ce procédé est-il actuellement tout à fait abandonné. On lui préfère avec raison l'ablation chirurgicale.

B) Scarifications ignées en masse. — Le docteur Loin, dans une thèse inaugurale fort intéressante, a exposé tout dernièrement une méthode de traitement du lupus par les scarifications ignées méthodiques, qu'il a pratiquée pendant un an dans le service de M. du Castel à l'hôpital Saint-Louis. (1)

Elle consiste à tracer sur le lupus, avec la lame de platine d'un galvano-cautère, des incisions profondes allant au besoin jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, et cela sur toute la surface des tissus malades. Si le lupus est grand, l'intervention peut durer près d'une heure : le patient devra donc être endormi au chloroforme ; si les lésions ont peu d'étendue, on scarifiera

(1) J. Loin. *Trait. du lupus tuberc. par les Scarifications ignées méthodiques*. Paris, 1901.

le malade sans l'endormir, ou bien on emploiera comme anesthésique général le chlorure d'éthyle dont l'action serait rapide et fugace. Après cette séance de cautérisation, un pansement humide aseptique est appliqué; une parfaite aseptie est la condition *sine qua non* de la beauté des cicatrices; là où il y a une infection, se formeront des brides et de kéloïdes; là où l'épidermisation s'est faite aseptiquement, la cicatrice sera souple, non rétractile de la couleur des tissus sains. Il faut environ un mois pour que l'épidermisation s'achève. A ce moment la cicatrice est rouge, parfois saillante et d'un aspect disgracieux, mais elle va en s'améliorant progressivement, et, quelques mois plus tard, elle devient irréprochable.

Cette méthode n'est qu'une modification de la scarification ignée telle que l'avait indiquée E. Besnier. Elle en diffère par la points suivants :

- 1) Cautérisation de toute les néoplasie en bloc ;
- 2) Cautérisation plus profonde attaquant non seulement les lupômes mais aussi le tissu de sclérose qui les entoure.
- 3) Pansements aseptiques prolongés jusqu'à l'épidermisation complète, cette aseptie étant la condition absolue du succès ;
- 4) Nécessité de l'anesthésie générale dans presque tous les cas.

Résultats. — Le nombre des malades traités par le docteur Loin est trop restreint et la date de leur guérison trop proche encore (un an dans le cas le plus

probant) pour qu'un jugement définitif puisse être porté sur ce traitement qui semble avoir donné jusqu'ici d'excellents résultats. Toutefois nous ferons remarquer qu'il nécessite comme les traitements chirurgicaux :

L'anesthésie générale :

L'hospitalisation du malade pendant un mois au moins, puisque des pansements aseptiques surveillés soigneusement par le médecin doivent être faits tant que l'épidermisation n'est pas achevée.

Enfin dans la plupart des observations publiées, plusieurs séances ont été nécessaires pour arriver à la guérison totale du lupus.

La supériorité de cette méthode sur l'ablation chirurgicale au bistouri reste donc très problématique.

Elle nous paraît cependant réellement indiquée dans le cas de lupus rebelle trop étendu pour être enlevé au bistouri, et pourrait alors remplacer avantageusement le raclage généralement employé en cette occurrence.

2^o ABLATION CHIRURGICALE AU BISTOURI

La résection totale du lupus peut être suivie de la réunion des bords de la plaie par première intention, de l'application de greffes autoplastiques, ou de greffes de Thiersch.

A) Ablation et réunion par première intention. —

Si le lupus est petit, s'il siège en un point où la peau est assez lâche et peut s'étirer suffisamment pour qu'il soit possible de réunir les lèvres de la plaie, le procédé de choix est l'ablation totale du lupus au bistouri et la réunion de la plaie par première intention. C'est dans ces conditions que se présentent les petits lupus de la joue qui sont si fréquents chez l'enfant.

Mode opératoire. — Voici comment on procède.

Le malade peut être endormi: cela facilite l'opération. Mais le sommeil chloroformique n'est pas absolument nécessaire; on peut pratiquer l'anesthésie en faisant des piqûres intradermiques de cocaïne autour de la partie malade, suivant le procédé décrit par Reclus et Dubreuilh: ou encore par des pulvérisations de chlorure d'éthyle. Dans ce dernier cas, on aura soin de tracer avec un crayon dermatographique les limites du lupus avant de faire la pulvérisation, car les tissus blanchissent sous l'action du chlorure d'éthyle, et il devient impossible de voir les limites du lupus.

Après aseptie de la région, on pratique au bistouri une incision intéressant le derme et l'hypoderme et empiétant de 6 millimètres environ en dehors des limites du mal. La partie malade étant enlevée, on a une plaie propre; il suffit de réunir les deux lèvres de la boutonnière en ayant soin autant que possible, si le lupus siège à la joue, que la ligne de suture soit verticale, les sutures horizontales provoquant parfois des tiraillements de la paupière inférieure. La suture

est faite aux crins de Florence avec une aiguille très fine. Pansement sec avec de la gaze aseptique ; la gaze iodoformée expose chez les sujets à peau fine à des érythèmes. Le pansement est maintenu soit par des bandes de tarlatane formant casque autour de la tête, soit par un badigeonnage de collodion. Le collodion a l'avantage d'adhérer fortement à la peau : il est dès lors impossible à l'enfant de mettre ses doigts sous le pansement comme il le fait si souvent en risquant ainsi de s'infecter. Les fils sont retirés le troisième ou quatrième jour.

Résultats. — On obtient ainsi une cicatrice linéaire, qui, au bout de quelque temps devient à peine visible, si les crins et l'aiguille dont on se sert sont assez fins. Il est exceptionnel qu'il y ait repullulation dans le voisinage de la cicatrice, lorsque l'ablation a été faite largement.

Cet excellent procédé n'est malheureusement pas applicable aux régions où la peau est inextensible : le nez, les oreilles, les paupières, par exemple.

B) **Autoplasties.** — Lorsque le lupus est trop étendu pour qu'on puisse réunir les deux lèvres de la plaie, mais assez circonscrit cependant pour qu'il soit possible de l'enlever en totalité sans provoquer une perte de substance trop considérable, on peut employer l'autoplastie ou les greffes de Thiersch.

Ce procédé a pris beaucoup d'extension depuis quelques années : Lang de Vienne, Nélaton, Ch. Berger,

Lenger, Heiselberg, Schwartz, Jahrisch et d'autres encore l'ont employé avec succès.

Mode opératoire. — Après avoir chloroformé le malade, le chirurgien excise au bistouri tous les tissus morbides en empiétant largement sur la peau saine. Il vaut mieux suivant la recommandation du professeur Lang enlever trop que pas assez : on évite les récidives. La partie excisée est remplacée par une greffe avec ou sans pédicule, empruntée soit aux téguments voisins, soit à des parties lointaines (ventre, cuisse, fesses). Nous n'insisterons pas sur le choix très délicat du procédé à employer et qui doit varier suivant le siège et l'étendue du lupus (1).

Les *résultats* obtenus par l'autoplastie sont excellents au point de vue fonctionnel, mais ils laissent à désirer comme esthétique. Le lambeau, lorsqu'il est définitivement repris, est en effet souple, nullement couturé, pas tendu, les mouvements ne sont pas gênés. Mais en général il a une coloration spéciale pigmentée ou apigmentée différente de celle de la peau saine sur laquelle il se dessine en carte de géographie. De plus, la tension du lambeau n'est pas celle des téguments voisins ; le panicle graisseux sous-

(1) Consulter sur ce point : Lang. *Communication au Congrès de Dermathologie*, août 1900. — Ch. Nélaton. *Société Dermatol.*, juin 1899. — Duvernoy. *De la Rhinoplastie partielle*. Thèse Paris, 1901. — Berger. *Acad. de méd.*, 1899. — Faitout. Thèse de Paris, 1898.

cutané enlevé avec le lambeau peut avoir une épaisseur supérieure ou moindre que celle des tissus avoisinants ; de là, des reliefs désagréables à l'œil. Enfin, il est des cas où les résultats sont mauvais ; par exemple, lorsque les deux narines et la sous-cloison sont détruites, lorsque la paupière supérieure tout entière est malade. (1)

Somme toute, la méthode est excellente parce que le malade est guéri définitivement et que la guérison radicale se fait sans qu'il y ait gêne fonctionnelle ou déformation physiologique. Elle est de plus l'unique moyen de remédier aux pertes de substance. Par elle on arrive à refaire un lobule d'oreille ou une narine qu'aucun autre traitement n'aurait été capable de faire renaître. La seule critique qu'on puisse lui adresser c'est de donner des résultats qui déforment plus ou moins l'aspect des parties guéries.

C) **Greffes de Thiersch.** — L'emploi des greffes de Thiersch est indiqué toutes les fois que la perte de substance s'étend sur une large surface.

Voici comme on procède :

Mode opératoire. — Le malade étant endormi on excise au bistouri le tissu lupique en comprenant en

(1) Ch. Nélaton. *Soc. dermatol.*, juin 1899.

profondeur le tissu cellulaire sous-cutané. Les artères sont pincées avec des pinces hémostatiques, et on applique sur la surface sanglante une couche de gaze aseptique qu'on comprime fortement pendant 1/4 d'heure avec le plat de la main. L'hémostase ayant été ainsi obtenue, le chirurgien, avec un grand rasoir plat sur une face, concave sur l'autre, enlève par des mouvements de zig-zag des lambeaux épidermiques sur le devant de la cuisse préalablement nettoyée avec soin; ces bandelettes sont plissées sur le rasoir; on les dépose ainsi et on les déplie à la place du lambeau excisé, leur face profonde étant en rapport avec la plaie vive. On applique au dessus une couche de protectrice trempé dans l'eau bouillie, puis un pansement humide que l'on remplace tous les jours. On peut encore recouvrir simplement la greffe de gaze stérilisée sèche, et faire un pansement sec qu'on laisse en place pendant dix jours sans y toucher.

Il est rare qu'au moment où on fait le premier pansement toutes les greffes aient repris. Il est absolument exceptionnel que leurs bords soient régulièrement accolés aux bords de la plaie sur tout son pourtour. Mais petit à petit, par bourgeonnement, les bords se fusionnent et les solutions de continuité disparaissent. Le grand écueil à éviter, c'est le décollement des greffes lors des premiers pansements; ce décollement a pour cause, soit l'adhérence de la greffe à la gaze du pansement, soit surtout la suppuration. La suppuration ne doit pas exister quand on a opéré aseptiquement et que les pansements sont faits proprement.

La durée du traitement varie d'un mois à trois mois, pendant lesquels le malade reste hospitalisé.

Au bout de ce temps, la plaie est cicatrisée; elle a d'abord un aspect disgracieux, irrégulier, rugueux, de couleur sale, plus pâle que les téguments voisins. Le malade est découragé de se voir si laid. Mais heureusement, le résultat va en s'améliorant sans cesse; au bout de trois mois il est acceptable; au bout de six mois, il est plus beau qu'on n'aurait osé l'espérer.

Telle est, en résumé, la manière de procéder de M. Nélaton; on pourra juger des résultats plastiques ainsi obtenus par les photogravures ci-jointes qui représentent des malades opérés par M. Nélaton dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

Lorsque le malade est resté deux ans guéri, il est exceptionnel qu'une *récidive* se produise; mais, dans les deux premières années qui suivent le traitement, on observe des repullulations au sein ou au pourtour de la cicatrice, dans un tiers environ des cas, d'après la statistique du professeur Lang de Vienne. Ces récidives sont dues vraisemblablement à des tubercules oubliés par le bistouri, ou peut-être, comme le pense M. Besnier, à une auto-inoculation des surfaces de section.

Telles sont, rapidement résumées, les diverses méthodes de cure radicale du lupus. Leur grand avantage, c'est d'aller vite et de procurer en peu de temps une guérison que les autres traitements sont parfois inhabiles à obtenir. « Par elles, a dit le professeur

Lang au dernier Congrès de Dermatologie (août 1900), vous guérirez en quelques jours des malades qui ont en vain cherché la guérison pendant des dizaines d'années. Vous rendrez le désir de vivre à des gens qui étaient à charge à eux-mêmes et aux autres. »





Fernande M... — Lupus non exedens de la joue. — Début en 1880.
 Traité sans succès par la scarification, l'ignipuncture, les caustiques, l'électrolyse.
 Opéré à 2 reprises par Ch. Nélaton, en février et juillet 1898. — Greffes de Thiersch.
 Récidive dans la cicatrice en mai 1900. — Dernière photographie en janvier 1901.

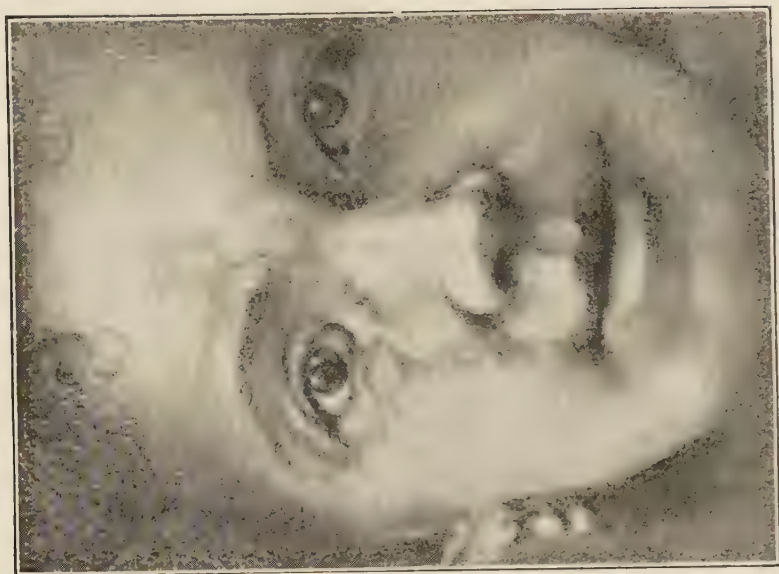


Eugénie G... — Lupus exubérant du nez. — Début en mai 1899.
 Opéré par Ch. Nélaton le 13 novembre 1899. — Greffes de Thiersch.
 Dernière photographie : novembre 1900.



Marie N... — Lupus ulcérant de la joue et de la paupière inférieure.
Début en avril 1898. — Opérée 2 fois par Ch. Nélaton.

Novembre 98. — 1^{re} opération : **greffes de Thiersch** pour la joue et le nez.
Janvier 99. — 2^e opération : réfection de la paupière inférieure; autoplastie par glissement; lambeau pris sur le front.
Dessin d'après la dernière photographie de janvier 1901.



III

TRAITEMENTS LOCAUX DE LONGUE DURÉE

La cure radicale du lupus n'est pas toujours possible ; souvent, par suite de son étendue, ou à cause de son siège (lupus des orifices, lupus des muqueuses), la néoplasie ne saurait être détruite radicalement par une unique opération. Les médications dont nous allons parler ont précisément pour but de l'attaquer en détail, de la guérir petit à petit, progressivement. Très nombreux sont ces traitements, dont les principaux sont :

- I. La scarification,
- II. Le raclage,
- III. L'ignipuncture et l'air chaud,
- IV. La cautérisation par les caustiques,
- V. Les injections locales médicamenteuses,
- VI. L'électrisation,
- VII. La méthode de Finsen.

I. — SCARIFICATION

Historique. — Méthode thérapeutique née il y a

trente-cinq ans à peine, la scarification ne fut d'abord entre les mains de ceux qui la pratiquèrent les premiers, Angelo Dubini (1865), Volkmann (1870), qu'une série de fines mouchetures destinées à faciliter la pénétration de principes médicamenteux au sein des tissus malades. Ce fut plus tard seulement, que Volkmann attacha à la scarification elle-même une importance thérapeutique spéciale, et commença à ponctionner avec une étroite lame de couteau sans aucune application caustique, les tissus lupiques préalablement râclés.

Balmano Squire, en 1874, réalisa un important progrès en substituant les scarifications linéaires aux scarifications ponctuées, en faisant des incisions au lieu de mouchetures.

Mais c'est à E. Vidal surtout que revient le mérite d'avoir perfectionné ce moyen thérapeutique et d'en avoir répandu l'usage. Il démontra scientifiquement l'action sclérogène des scarifications; il inventa des instruments simples et pratiques; il posa enfin les indications précises du traitement qu'il préconisait. Ses procédés sont actuellement presque universellement pratiqués; les médecins de Saint-Louis les ont adoptés; M. L. Brocq, de concert avec M. Besnier, s'est fait au dernier Congrès de dermatologie, l'ardent défenseur de la scarification.

Instruments. — L'aiguille de Balmano Squire assez semblable à une aiguille à cataracte, son scarificateur à lames multiples, les scarificateurs anglais à lames multiples incisant obliquement, n'offrent plus guère

aujourd'hui qu'un intérêt historique. Actuellement, on emploie presque exclusivement le scarificateur de Vidal à lame unique.

Il se compose d'une petite lame, longue de 22 millimètres, large de 2 à 4 millimètres, dont les bords mousses dans leur moitié inférieure sont coupants dans leur moitié supérieure et se réunissent en formant une pointe triangulaire. Cette lame, qui peut servir de bistouri et d'aiguille, est fortement fixée sur un manche d'os ou de métal, long de 7 à 8 centimètres, de la grosseur d'un crayon non arrondi, quadrangulaire, de façon à ne pas rouler entre les doigts.

Anesthésie. — Les scarifications sont assez douloureuses, surtout au voisinage des orifices. Mais les séances de traitement étant en général très courtes, la plupart des malades les supportent sans qu'on ait besoin de pratiquer l'anesthésie.

Les moyens pratiques d'anesthésie sont du reste restreints, dans le cas qui nous occupe.

Il va sans dire que l'on n'emploie pas l'anesthésie générale ; une opération qui dure quelques minutes, ne vaut pas les risques que peut faire courir le sommeil chloroformique.

L'anesthésie locale peut être obtenue par la cocaïne, par le chlorure d'éthyle ou le chlorure de méthyle, par le gaiacol.

Cocaïne. — Les injections intradermiques de cocaïne au 1/100^e d'après le procédé décrit par Reclus et Dubreuilh (de Bordeaux), insensibilisent parfaitement

pendant 10 à 15 minutes. Mais elles sont elles-mêmes assez douloureuses et exposent à des syncopes, dès qu'on atteint la dose de 15 centigrammes.

Les badigeonnages avec des solutions concentrées de cocaïne, produisent une anesthésie très réelle quand on les pratique sur des muqueuses ou des plaies à vif ; mais sur la peau, même dégraissée, leur effet est à peu près nul.

Le *chlorure d'éthyle*, qu'on rencontre dans le commerce en petits tubes de verre à sommet effilé, recouvert d'un bouchon métallique, est d'un emploi facile. Pour s'en servir, le bouchon métallique étant enlevé, on retourne le tube tenu à la main, de façon à en diriger la pointe à bas ; échauffé par le contact de la main, le chloréthyle se volatilise et sort du tube en un jet que l'on fait tomber sur la partie à anesthésier. Lorsque les téguments blanchissent, l'insensibilité est obtenue ; elle persiste pendant environ une minute. C'est de ce court espace de temps, qu'il faut profiter pour scarifier.

Hâtons-nous de dire que ce système qui semble pratique ne l'est guère en réalité. Le chloréthyle a en effet une forte odeur qui incommode le malade ; la congélation produite par son évaporation donne aux téguments une couleur anormale qui rend les parties malades difficiles à discerner de la peau saine ; enfin l'anesthésie produite est tout à fait superficielle, et dès que le scarificateur s'enfonce un peu, la sensibilité reparait.

On peut en dire autant du *chlorure de méthyle* employé soit en pulvérisation, soit en stypage ainsi que

le recommandent M. Bailly et le professeur Debove. Avec cette substance on est, au surplus, exposé à avoir des escarres, si on ne la manie avec grande prudence.

Le *gaïacol*, préconisé par M. Lucas Championnière, peut être employé soit en pommades fortes, soit en nature. Certains médecins se contentent de promener sur le *lupus* un fragment de *gaïacol* cristallisé, deux minutes avant de scarifier. On obtient ainsi une insensibilité relative, mais insuffisante (1). De plus l'odeur très forte et très persistante du *gaïacol* est désagréable ; elle incommode beaucoup de personnes.

Nous ne citerons que pour mémoire l'éther et l'eucaine qui donnent des résultats peu satisfaisants.

Asepsie. — Faut-il nettoyer le *lupus* avant de scarifier ?

D'une manière générale, on peut dire que dans ce cas particulier l'asepsie ne rend aucun service, puisque lorsqu'on s'en passe on n'a pas plus d'accidents que lorsqu'on l'emploie (L. Brocq). Du reste il serait bien difficile de rendre parfaitement aseptique une surface irrégulière, croûteuse et anfractueuse comme celle d'un *lupus*. On se contentera donc de prescrire des pulvérisations d'eau boriquée pour faire tomber les croûtes, et on se servira d'instruments parfaitement stérilisés. De cette façon, il n'y a rien à craindre.

Après l'opération, un tampon trempé dans le sublimé au 1/1000^e ou dans l'eau boriquée sera mainte-

(1) Tel est l'avis de M. Balzer qui a essayé ce procédé d'anesthésie pendant plusieurs mois dans son service à l'hôpital Saint-Louis.

nu sur la partie sanglante jusqu'à ce que l'hémostase soit parfaite. Puis on couvrira le lupus de bandelettes d'emplâtre rouge ou d'emplâtre de Vigo ; ce pansement rudimentaire suffit pour éviter les infections.

Mode opératoire. — Lorsqu'il s'agit d'un lupus de la face, cas le plus fréquent, M. Besnier conseille d'opérer les malades couchés ; E. Vidal, M. Brocq et la plupart des médecins de Saint-Louis préfèrent les faire asseoir sur une chaise. Le médecin se place, à son choix, devant ou derrière le malade. Dans le premier cas, il s'assied vis-à-vis du patient dont il tient les jambes entre les siennes pour l'empêcher de remuer ; dans le second, il reste debout, et du bras gauche il entoure la tête du lupique qu'il maintient demi-renversée et appuyée sur sa poitrine. Cette position est celle que préfère M. Brocq.

Avec les doigts de la main gauche, l'opérateur tend la peau au niveau du lupus et offre ainsi au scarificateur tenu de la main droite une surface résistante, unie et pâle, sur laquelle se détachent nettement les tubercules de couleur jaune-rosé. Le scarificateur est tenu sans raideur dans la main droite comme un porte-plume. Le poignet, ou du moins le petit doigt et l'annulaire, prennent un point d'appui solide sur le visage du patient, de manière à faciliter le mouvement des doigts qui doivent garder toute leur liberté d'action.

Alors, de la pointe du scarificateur, l'opérateur trace une série de petites incisions courtes et parallèles, perpendiculaires à la peau et non pas obliques, sans

que son poignet bouge, sans que son bras participe au mouvement de ses doigts « comme un dessinateur qui fait des hachures pour ombrer un dessin ». C'est par les parties du mal situées le plus près du bas du visage qu'il convient de commencer, afin que le sang ne vienne pas ruisseler sur les parties non encore scarifiées, en empêchant de distinguer le détail des lésions. Le quadrillage empiètera sur la peau saine, dépassant les limites du mal d'un demi-centimètre environ. L'instrument pénétrera en profondeur partout où on obtiendra cette sensation de mollesse, de friabilité, qui caractérise le tissu fongueux ; il respectera les tissus sains beaucoup plus résistants, mais sans craindre de croiser et de recroiser ses hachures, de passer plusieurs fois au même endroit, jusqu'à ce que tout le tissu lupique forme une véritable bouillie (L. Brocq) (1). On ne se préoccupera pas de l'hémorrhagie et on aura soin d'aller vite, car le malade souffre, et perd patience rapidement.

La scarification achevée, il suffit, pour arrêter l'hémorrhagie, de faire une légère compression avec du coton ordinaire aseptique. Si l'hémorrhagie continuait, il suffirait de toucher au crayon de nitrate d'argent les points saignants, ou bien de faire la compression avec un tampon trempé dans une solution d'anti-pyrine.

L'hémostase une fois obtenue, on lave la plaie à

(1) L. Brocq. — *Traitement des Dermaloses par la petite chirurgie et les agents physiques*, p. 61 à 67.

l'eau boriquée, on la sèche avec de l'ouate hydrophile, on la recouvre de vaseline; et, le soir même, on applique l'emplâtre rouge de Vidal auquel on substitue trois jours après l'emplâtre de Vigo. La cicatrisation met quatre ou cinq jours à se faire; elle demande un peu plus de temps quand le lupus est mou et friable et que la scarification a été très profonde.

Telle est la méthode de Vidal que pratique M. Brocq à l'hôpital Broca-Pascal.

Quelques modifications ont été introduites dans le détail de ce procédé par certains dermatologistes.

M. Balzer, après scarification, l'hématose étant faite, applique sur les parties traitées une poudre composée de 1 partie de permanganate de potasse pour 5 parties de talc. Cette poudre est déposée au moyen d'une spatule: elle s'imbibe au contact de la plaie encore saignante et forme une croûte noirâtre, adhérente, qui dispense de recouvrir le lupus d'emplâtres.

Lorsque le lupus est recouvert de croûtes purulentes dues à des infections secondaires, M. Balzer fait prendre au lupique, immédiatement après la scarification, un bain local de permanganate de potasse au 1/1000^e ou au 1/500^e. S'il s'agit d'un lupus du nez, le malade baigne son nez dans un verre rempli de la solution chaude, et aspire légèrement de manière à faire monter le liquide dans les fosses nasales qui, dans ce cas, sont presque toujours malades. S'il s'agit d'un lupus de la joue ou d'une autre région, on se sert d'une ampoule à ventouse remplie de la solution et qu'on

tient renversée et appliquée sur le lupus. La durée du bain local est de une demi-heure à une heure ; on le répète tous les jours ou tous les deux jours. Les résultats ainsi obtenus sont très bons ; la purulence due aux infections secondaires disparaît, le lupus se sèche et tend à se cicatriser rapidement.

Unna emploie un emplâtre plus actif que celui de Vigo et qui contient de la résorcine, de l'acide salicylique et de la créosote ; ses effets sont plus énergiques et plus rapides, mais l'irritation est extrême, et les séances de scarification doivent être trop espacées.

Durée du traitement. — « La scarification n'agit que si on la pratique avec une régularité absolue et une ténacité inlassable. Si on suspend la médication avant la guérison complète, dit M. Brocq (1), le lupus reprend sa marche extensive et on perd en peu de temps tout le terrain que l'on avait péniblement gagné. »

Les séances de scarification seront pratiquées tous les huit jours régulièrement, si l'on veut arriver à modifier progressivement la maladie, en la faisant passer par les étapes que voici :

Une *première période*, dont la durée varie suivant la gravité de la néoplasie, et qui aboutit à la formation d'une cicatrice fibreuse, blanchâtre, au sein de laquelle on distingue des tubercules isolés d'une couleur sucre

(1) L. Brocq. — *Trait. des Dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques*, p. 67.

d'orge qui tranche sur celle du derme où ils sont enchassés.

C'est à ces tubercules que l'on va donner la chasse pendant une *deuxième période* dite *des tubercules isolés*. La pointe du scarificateur tâtant la dureté et la profondeur du tubercule, dilacère les tissus suspects, ouvre et vide les clapiers sous-cutanés qui se dissimulent parfois sous une couche de tissu cicatriciel. On cautérise alors, de la pointe du crayon de nitrate d'argent, ces foyers rebelles. Et on continue de la sorte jusqu'à ce que cavernes et tubercules aient disparu.

A ce moment commence la *période de perfectionnement*. La place occupée par le lupus ne contient plus de nodules néoplasiques, mais elle a encore une couleur rouge anormale, elle présente en certains points de petites brides fibreuses, des irrégularités disgracieuses dues à des scarifications inhabiles et surtout aux applications de caustiques qu'on a faites pour aller plus vite. En pratiquant sur les points défectueux des scarifications quadrillées régulières tous les quinze jours, on arrive à faire disparaître la teinte anormale de l'ancienne surface lupique, on assouplit et on aplanit les rugosités.

La cicatrice obtenue est lisse, souple, elle a la couleur de la peau saine dont elle se distingue à peine, elle a un aspect des plus satisfaisants.

Dès lors on se borne à surveiller le malade qui vient se faire examiner de temps à autre. Si un nouveau tubercule menace de se former, on le traite comme à la seconde période. Lorsqu'au bout de deux ans il

n'y a pas eu de récurrence, on peut considérer le *lupus* comme définitivement guéri.

Indications. — L'action de la scarification sur le *lupus non exedens*, dont l'évolution est lente et qui est de beaucoup le plus rebelle, est loin d'être aussi énergique et aussi rapide que celle de l'ignipuncture ou des rayons Finsen ; aussi l'emploie-t-on peu dans ce cas.

Quand le *lupus* siège au niveau des orifices, narines, bouche, paupières, les scarifications sont très indiquées ; par elles, on évite les rétractions cicatricielles, les brides fibreuses, l'atrésie buccale qui sont parfois le résultat de l'application brutale des caustiques.

Mais c'est surtout dans les formes congestives et hypertrophiques du *lupus* que les résultats de la scarification sont rapides. « Avant tout, a dit M. Besnier, doivent être attaqués sans délai par les scarifications linéaires méthodiques et sévèrement exécutées, le *lupus galopant* de la face, le *lupus scléreux*, le *lupus vorax congestif* et hypertrophique. Ici le succès est rapide, certain, merveilleux. » Le praticien ne doit pas se laisser intimider par le spectacle un peu effrayant que présente le *lupus tumidus* après scarification. Dilatée en tous sens, labourée par le scarificateur qui pénètre profondément dans ces tissus sans résistance, la masse néoplasique n'est plus qu'une bouillie sanglante. Mais au lieu de se nécroser comme on pourrait s'y attendre, ces débris de tissus disloqués s'or-

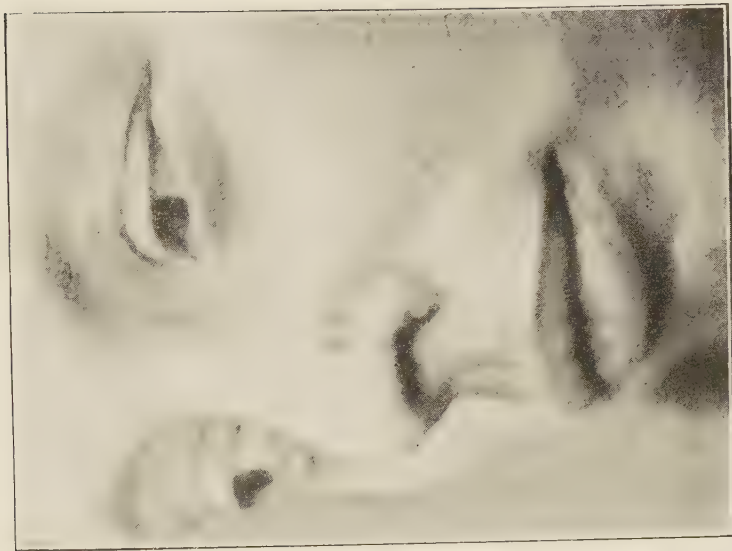
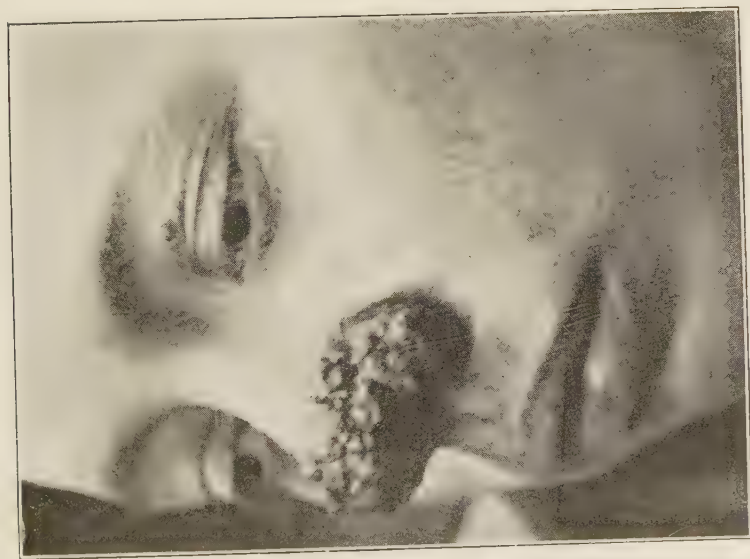
ganisent en partie et évoluent vers la cicatrisation : on les voit avec surprise se raffermir, et là où l'on croyait tout détruit se forme une cicatrice lisse, plane, d'un excellent aspect.

Résultats. — *Avantages et défauts.* — Le grand avantage de la scarification est de donner des cicatrices irréprochables. Elle ne cause jamais ces rétractions, ces bourrelets kéloïdiens qui résultent souvent de l'action des caustiques, du raclage, des cautérisations ignées ; et qui, en défigurant le malade, lui enlèvent une partie du bénéfice de la guérison. Aussi est-elle indiquée surtout chez les femmes.

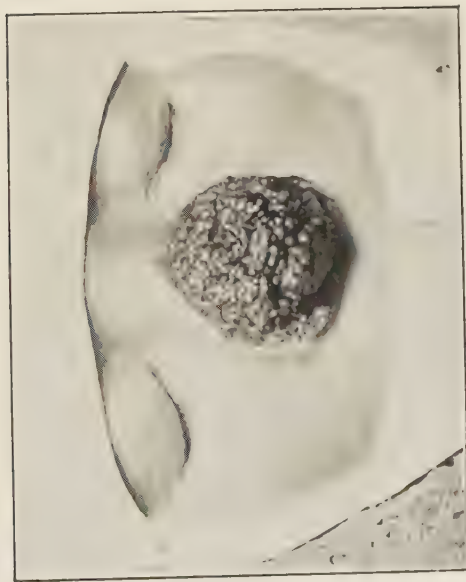
Elle a, il est vrai, le défaut d'agir presque toujours assez lentement, ce qui la rend inapplicable au traitement des lupus de grande étendue.

La facilité avec laquelle se pratique cette médication, le peu de cherté des instruments qu'elle nécessite, la durée très courte des séances de traitement, rendent ce moyen thérapeutique des plus pratiques et le mettent à la portée de tout le monde.

M. Besnier a reproché à la scarification de provoquer parfois des généralisations de l'infection tuberculeuse, en ouvrant aux bacilles des portes d'entrée. Cette accusation a jeté pendant plusieurs années une certaine défaveur sur ce mode de traitement. Mais les faits ne semblent pas donner raison à M. Besnier dont l'objection paraît plus théorique que pratique : les statistiques montrent que les lupiques traités par la scarification ne sont pas plus souvent que les autres



X... — Lupus exubérant végétant.
 Début il y a 5 ans. — Soigné sans succès par l'ignipuncture et les caustiques.
 Traité par M. Brocq à l'hôpital Broca Pascal : **scarifications linéaires**.
 1^{re} photographie : 14 mars 1900. — 2^e photographie : 9 juillet 1900.

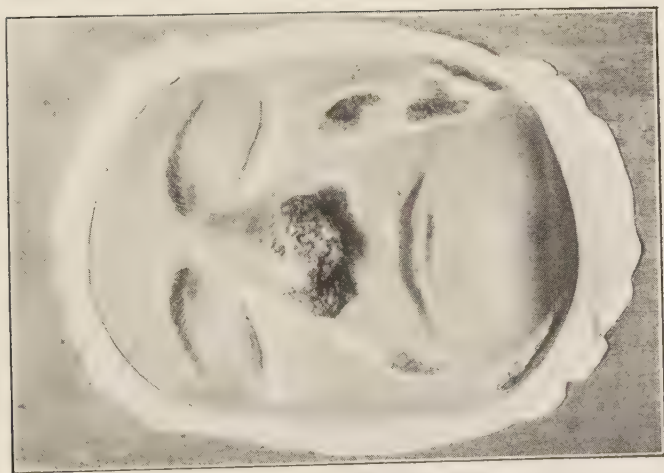


Emma B... — Lupus exubérant végétant. — Traité par Vidal : scarifications linéaires.
 1^{er} moulage : 6 juin 1878. — 2^e moulage : 2 août 1878. (Par Baretta. Musée de l'hôpital Saint-Louis).



Louise L... — Lupus malin galopant aigu tuberculo-ulcéreux, rongéant en surface et en profondeur, hypertrophique.
 Traité par M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis : **scarifications linéaires.**

1^{er} moulage : 17 mars 1879. — 2^e moulage : 3 mai 1880. (Par Baretta. Musée de l'hôpital Saint-Louis).



Jules L... — Lupus exubérant végétant.
 Traité par M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis : **scarifications linéaires.**
 1^{er} moulage : 18 octobre 1880. — 2^e moulage : 25 février 1881. (Par Baretta. Musée de l'hôpital Saint-Louis).

atteints de tuberculose pulmonaire ou de granulie. Il n'y a pas lieu d'accuser la scarification des méfaits qu'on lui reprochait.

II. — RACLAGE

Préconisé par Volkmann, employé avec succès par la plupart des dermatologistes français, le raclage semble être la méthode de choix quand on a affaire à des sujets indociles porteurs d'un grand lupus du tronc ou des membres.

Instruments. — Pour cette opération, on se servira avec avantage de curettes de différentes grandeurs. Les curettes fenêtrées de M. Besnier et celles de Vidal ont les unes et les autres leurs avantages.

Mode opératoire. — Le malade étant chloroformisé, on attaque les parties malades préalablement lavées soigneusement, avec une grosse curette tenue solidement, comme un couteau; avec le bord coupant de l'instrument, on racle superficiellement, pas profondément, de manière à enlever seulement les croûtes et à découvrir les clapiers.

Puis, laissant de côté la grosse curette, on prend une curette plus fine, et avec celle-ci on nettoie soigneusement les parties fongueuses, on fouille les logettes creusées dans l'épaisseur de la peau, on énuclée jusqu'aux moindres parcelles de tissu morbide, en pénétrant aussi profondément qu'il le faut. La sensation du

tissu sain qui résiste est tout à fait différente de celle que donne le tissu malade, mollassé et friable ; et avec un peu d'habitude, on sent très bien où et quand il faut s'arrêter.

Les parties saines seront naturellement épargnées, mais toutes les parties suspectes doivent être soigneusement évulsées. L'aspect des tissus raclés est alors caractéristique : c'est à peu près celui d'un champ qu'on vient de labourer.

L'hémorrhagie, généralement assez abondante, est facile à arrêter. Une simple compression ouatée, faite de préférence avec du coton ordinaire aseptique, comme le recommande M. Brocq, suffit habituellement. Les applications d'antipyrine au 1/5 ou au 1/10 sont fort efficaces. Le perchlorure de fer, et surtout le nitrate d'argent et le chlorure de zinc, agissent doublement, comme hémostatiques et comme caustiques. Enfin, au cas où un vaisseau de quelque importance serait lésé, on le toucherait avec une pointe de thermocautère au rouge sombre.

L'hémostase faite, il sera avantageux de cautériser les surfaces cruentées avec du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc. Puis on fera un pansement à la gaze iodoformée. Ce pansement est renouvelé tous les deux jours par le médecin lui-même ; lorsque la gaze iodoformée est trop irritante, on peut la remplacer par de la gaze aseptique simple ou saupoudrée d'aristol.

Les substances caustiques employées après le raclage varient suivant l'opérateur.

C'est ainsi que Leloir employait la solution suivante :

Bichlorure de mercure	1 gr.
Alcool à 90°	} à à 250 gr.
Glycérine.....	
Eau distillée.....	500 gr.

On peut également se servir d'acide lactique, de naphtol camphré, de résorcine camphrée.

Résultats. — Les plaies informes dues à cette opération brutale en apparence et peu élégante, se cicatrisent avec une rapidité surprenante. Le résultat est infiniment meilleur que celui auquel on aurait pu s'attendre. De vastes ulcérations lupiques sont rapidement transformées en une surface cicatrisée, dans laquelle n'existent plus que quelques tubercules isolés auxquels il sera facile de donner la chasse avec une pointe de galvano-cautère. La cicatrice ainsi obtenue est malheureusement irrégulière, couturée, incomparablement moins belle que celle que donne la scarification.

Indications. — Ce procédé s'applique surtout au lupus de grande étendue des membres, du tronc ou même de la face. Son grand avantage, c'est la rapidité avec laquelle il améliore des ulcérations jusque-là rebelles à tout traitement.

On peut aussi l'employer pour le lupus des muqueuses; aux fosses nasales en particulier, il donne de beaux succès. Dans ce cas, l'action de la curette sera avantageusement complétée par des cautérisations à l'acide

lactique au 1/10^e, au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, au galvano-cautère, pratiquées immédiatement après le raclage. On aura soin les jours suivants de faire de fréquentes pulvérisations à l'eau boriquée, de façon à détacher les croûtes qui pourraient obstruer les fosses nasales. Chaque pulvérisation sera suivie d'une application discrète de poudres antiseptiques : iodoforme ou aristol.

III. — IGNIPUNCTURE

Historique. — C'est depuis une vingtaine d'années seulement, après la découverte d'instruments maniables, légers, peu effrayants pour le malade que la cautérisation ignée commença à se vulgariser comme moyen thérapeutique. Guibout, en 1880, traita pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis un lupus de la face avec le thermo-cautère de Paquelin ; les résultats furent encourageants. En substituant quelques années plus tard, en 1883, le galvano-cautère au thermo-cautère, M. E. Besnier rendit la cautérisation ignée tout à fait pratique. La légèreté et le maniement facile de ses instruments, la grande variété de formes des cautères qu'il fit construire, les heureux résultats qu'il obtint, contribuèrent puissamment au succès de ce procédé thérapeutique.

Instruments. — Le cautère au *fer rouge* est aujourd'hui un instrument un peu suranné ; la difficulté de son maniement, l'incertitude des effets qu'il produit lui ont fait préférer le thermo-cautère de Paquelin

et surtout le galvano-cautère. On l'emploie pourtant encore dans certains hôpitaux, notamment à l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon.

Thermo-cautère de Paquelin. — Cet instrument est connu de tout le monde. Il est donc inutile de le décrire. Son grand avantage, c'est la facilité avec laquelle on peut faire varier le degré de chaleur de la pointe de platine et la maintenir pendant un temps considérable à une température constante. On aura soin, si on veut l'utiliser en dermo-thérapie, de choisir des pointes très fines qui causent moins de douleur, font des escarres plus limitées et des cicatrices moins apparentes. Pour les praticiens qui habitent la campagne, le thermo-cautère est un instrument indispensable, commode et non fragile.

Le *galvano-cautère* est de beaucoup l'instrument le plus parfait et celui qui donne les meilleurs résultats. Toutefois il n'est pas susceptible d'être employé partout et par tous. Pour qu'il fonctionne, il faut en effet une source d'électricité; les piles et les accumulateurs dont on se sert à cet usage sont lourds et encombrants, leur maniement est assez délicat, leur entretien exige des soins. Très commode à la ville, dans le cabinet du médecin ou à l'hôpital, il cesse d'être pratique pour le médecin de campagne.

Il est constitué par un fil de platine recourbé en U qu'on fait rougir par le passage d'un courant électrique. La source électrique employée est tantôt une batterie de piles, tantôt une batterie d'accumulateurs.

Les accumulateurs donnent un débit plus constant que les piles ; mais pour qu'ils ne se détériorent pas, il faut s'en servir fréquemment ou les maintenir toujours à charge. Pour cela, on les donne à recharger quand leur débit diminue, ou bien on les intercale dans le circuit lorsqu'on a la lumière électrique chez soi.

Les piles qui donnent les meilleurs résultats sont les piles au bichromate de potasse. Lorsqu'on ne les utilise pas, il faut avoir soin de remonter les zincs en dehors du liquide. Il suffira de les redescendre dans le liquide pour mettre la pile en activité.

Les cautères qu'emploie M. Besnier ont des formes très diverses : aplatis, arrondis, gros, fins, tranchants, grillagés, etc. « Le médecin devra avoir à sa disposition une pointe fine, une grosse, une grille à deux dents, une autre à trois dents et une pointe à longue tige pour l'intérieur de la bouche et les fosses nasales ; les couteaux ne sont pas nécessaires (1). »

Anesthésie. — Comme pour la scarification, l'anesthésie n'est pas indispensable, mais souvent les malades pusillanimes la réclament et l'exigent. Les injections de cocaïne peuvent alors être employées. Lorsqu'on se sert d'éther ou de chloréthyle, il faut penser au danger dû à l'inflammation possible de ces liquides volatils au contact du métal rougi. La congélation a ici les mêmes défauts que nous avons décrits à propos des scarifications.

(1) L. Brocq. — *Traitement des Dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques.*

Mode opératoire. — Avant d'opérer, on doit avoir examiné son malade, avoir débarrassé le lupus de ses croûtes et reconnu la position et le nombre des tubercules à détruire. Pour cela, on nettoie la surface du lupus avec de la vaseline, on essuie et on tend la peau sous laquelle les tubercules de couleur sucre d'orge se distinguent alors nettement.

Le patient se tiendra couché ou assis. Dans tous les cas, on aura soin de tenir immobilisée la partie du corps sur laquelle on va opérer. Un aide est fort utile pour empêcher les mouvements involontaires qui pourraient provoquer un accident.

Le médecin tend alors de la main gauche les téguments, et de la droite il tient le manche du galvanocautère comme un porte-plume. Il pousse le verrou qui sert de contact, et l'anse de platine commence à rougir. C'est au rouge sombre qu'on doit opérer ; le platine porté au blanc est moins douloureux à la vérité, mais il occasionne des hémorrhagies et fatigue la vue du médecin. « On doit opérer à sec sans une goutte de sang » a déclaré M. Besnier.

Lorsque les tissus néoplasiques sont infiltrés, tumescents, on les parsèmera d'une série de pointes de feu superficielles, partout, sur toute leur surface. Pour cela, on emploie afin d'aller plus vite les grilles à pointes multiples. Plus tard, les pointes de feu devront pénétrer plus profondément et porter d'abord sur la zone dangereuse du lupus, c'est-à-dire sur les bords au niveau desquels il s'accroît. Le cercle ainsi décrit débordera de quelques millimètres sur la peau saine et

toute la surface lupique sera criblée de pointes de feu. Ici encore, comme pour la scarification, la profondeur à laquelle on doit pénétrer est indiquée par la sensation de mollesse ou de résistance que la main de l'opérateur perçoit avec beaucoup de netteté ; les tissus malades laissent entrer la pointe du cautère sans aucun effort, les tissus sains résistent au contraire. Il arrive que l'anse galvanique pénètre dans de véritables cavernules ; et l'abondance des fongosités peut être telle, qu'elles éteignent en quelque sorte le thermo-cautère : le fil de platine, de rouge qu'il était, devient noirâtre, comme charbonneux ; il faut alors le retirer, attendre un instant qu'il ait de nouveau rougi et reprendre le cours de l'opération.

Si les pointes de feu doivent être assez profondes, il faut aussi qu'elles soient assez espacées les unes des autres pour ne pas provoquer par leur confluence une large escarre et une perte de substance considérable. C'est en négligeant ces précautions qu'on arrive à créer des rétractions cicatricielles, fâcheuses surtout dans le voisinage de la bouche et des yeux.

La cautérisation terminée, on appliquera sur les téguments traités un tampon d'ouate hydrophile ou une compresse trempée dans une solution d'acide borique ou de sublimé au 1/2000°. Ce contact frais est très agréable au malade et lui permet d'attendre sans souffrir beaucoup que la douleur due à l'ignipuncture se soit apaisée.

Si la néoplasie demeure rouge et congestionnée, inutile d'appliquer aucun médicament ; mais si elle réagit faiblement, on se trouvera bien de la recouvrir d'em-

plâtres salicylés, résorcinés, créosotés, d'emplâtre rouge de Vidal, et finalement au bout d'une huitaine de jours d'emplâtre de Vigo. M. Brocq qui procède ainsi, estime que de la sorte on active la guérison et on obtient des cicatrices plus satisfaisantes. On peut aussi boucher les cratères laissés ouverts, avec une poudre médicamenteuse, comme le fait M. Balzer.

Si la plaie se cicatrise mal et prend mauvais aspect, on la touche au nitrate d'argent ou au chlorure de zinc. Généralement au bout de quinze jours, les petites escarres sont tombées et la cicatrisation est complète.

Durée du traitement. — Une seule séance n'est jamais suffisante pour assurer la guérison; le malade doit venir se faire soigner par le médecin tous les quinze jours, parfois même tous les huit jours quand son lupus est vaste.

Quand le lupus est tout petit, trois séances peuvent suffire. Quand on a affaire à un lupus non exedens, il faut des mois, souvent des années de soins attentifs pour arriver à un résultat définitif.

Comme à la suite du traitement par la scarification, la néoplasie passe par la période des tubercules isolés que le galvano-cautère détruit avec un succès particulier; puis par la période de perfectionnement, pendant laquelle il est utile de faire une série de scarifications sur les brides et les kéloïdes qui pourraient exister.

Finalement, la cicatrice est fort acceptable, lisse et régulière, mais moins parfaite, moins souple que celle donnée par les scarifications seules.

Indications. — Dans le *lupus vorax*, l'ignipuncture agit certainement avec moins d'efficacité que les scarifications. De plus, elle expose à des difformités, à cause des pertes de substance qu'elle occasionne.

Au contraire, dans le *lupus non exedens*, la cautérisation ignée est préférable comme rapidité d'action et même comme résultats, à toutes les méthodes, sauf peut-être celle de Finsen.

S'il s'agit de formes ulcéreuses simples, la cicatrice due aux scarifications est plus parfaite, mais la guérison plus longue à obtenir qu'avec l'ignipuncture.

Le *lupus* de la cavité buccale, des gencives, de la voûte palatine, sera soigné avec avantage par les cautérisations.

Le grand défaut de cette méthode, c'est de produire souvent des cicatrices vicieuses, blanchâtres et apigmentées, saillantes et formant des brides parfois rétractiles.

Nous ne faisons qu'indiquer ici ces résultats sur lesquels nous reviendrons plus longuement dans la dernière partie de ce travail.

AIR CHAUD.

Les cautérisations par l'air chaud constituent un traitement de date récente.

Il y a quelques années, Hollcønder de Berlin (1) fit des recherches curieuses touchant l'action de l'air chaud sur les néoplasies et notamment le *lupus*.

Instruments. — L'instrument qu'il employa se com-

(1) *Presse médicale*. — 30 octobre 1897.

pose d'une tige métallique creuse : un des bouts est terminé par une pointe percée d'un orifice central ; à l'autre extrémité s'abouche un tube qui aboutit à une soufflerie. On chauffe la tige ; l'air qu'on y insuffle s'échauffe et sort par la pointe à une température qui peut atteindre 300°.

L'appareil, on le voit, est simple ; mais il est peu pratique, car il est fort difficile d'apprécier la température de l'air à sa sortie, et par conséquent de nuancer ses effets.

Unna a modifié cet appareil en se servant d'un thermo-cautère construit de façon à faire passer un courant d'air au contact du fer rouge.

M. Balzer (1) emploie un instrument construit par Luër et dont voici brièvement la description : Une anse galvanique en forme de spirale est mise en communication avec une batterie d'accumulateurs. Cette anse est entourée d'un tube de verre conique dans lequel on fait arriver de l'air par le manche de l'instrument, au moyen d'une poire en caoutchouc. L'air s'échauffe au contact de la spirale portée au rouge et sort par l'extrémité effilée du tube en verre. La température maxima de l'air à la sortie était de 150° environ avec les premiers appareils. On en construit actuellement qui donneront beaucoup plus de chaleur.

Voici comment on doit procéder, selon M. Balzer :

1° Avec un galvano-cautère ordinaire, on pratique tout d'abord des pointes de feu sur la surface à traiter ;

(1) *Annales. Société de Dermatologie et de Syphiligraphie.*
Avril 1900, p. 533.

2° On la recouvre ensuite d'une compresse ou de coton hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne au 1/5°. Au bout de quelques minutes l'anesthésie est suffisante ;

3° C'est alors, qu'avec la soufflerie, on dirige un jet d'air chaud sur les points qu'on veut cautériser. On s'arrête quand les téguments blanchissent.

Sur les points isolés, la cautérisation est faite d'une manière intensive : elle a des effets destructifs profonds. Une seule séance suffit souvent pour détruire le mal radicalement. Sur les surfaces étendues, la cautérisation sera plus superficielle, et répétée deux ou trois fois par semaine.

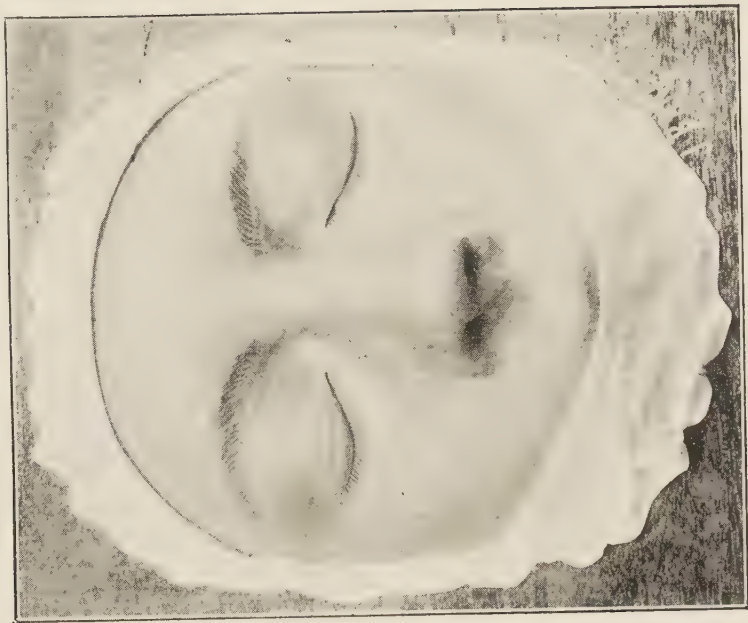
Lorsque la partie à traiter est de très faible étendue et qu'on veut limiter la cautérisation, on applique sur la peau des plaques métalliques percées comme la filière de Charrière. La cautérisation est ainsi limitée à l'étendue de l'orifice choisi.

L'opération terminée, on fera un pansement humide boriqué.

Résultats. — Le nombre des malades traités par ce procédé récent est encore restreint jusqu'à ce jour. Mais les résultats obtenus sont encourageants. Les points isolés, profondément détruits, ont été généralement guéris en une séance. La cicatrice est bonne, lisse et souple. Les lésions plus étendues sont naturellement plus lentes à guérir, mais sont rapidement améliorées. Leur cicatrisation se fait dans de bonnes conditions sans rétractions ni coutures.



Thérèse G... — Lupus tuberculo-ulcéreux.
 Traité par M. Hallopeau : scarifications linéaires et ignipuncture.
 1^{er} moulage : 17 mai 1886. — 2^e moulage : avril 1887. (Par Baretta, Musée de l'hôpital Saint-Louis).



Marie L... — Lupus tuberculo-ulcérant v. étant.
 Traité par M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis : scarifications linéaires et ignipuncture.
 1^{er} moulage : 27 mars 1885. — 2^e moulage : 4 novembre 1885. (Par Baretta, Musée de l'hôpital Saint-Louis).

En somme, l'air chaud a pris rang parmi les moyens d'action énergiques et capables de donner des guérisons satisfaisantes.

IV. — CAUTÉRISATION PAR LES CAUSTIQUES

« Ce qui caractérise très nettement les tendances actuelles dans le traitement du lupus, disait il y a près de vingt ans Aubert de Lyon, c'est l'abandon des anciennes méthodes et plus spécialement des cautérisations potentielles avec le chlorure d'or, le nitrate d'argent, la potasse, le chlorure de zinc, etc. Ces méthodes ont sans doute à leur actif de bonnes et solides guérisons ; mais leur passif peut compter une forte part d'insuccès, une douleur notable, une lenteur désespérante et une proportion sensible de cicatrices violettes et de brides saillantes (1). »

Tout le procès de l'ancienne thérapeutique du lupus par les caustiques est fait là en quelques mots. Ce genre de médication étant de nos jours peu employé, nous ne parlerons que pour mémoire des méthodes anciennes et nous insisterons seulement sur les procédés analogues employés encore par quelques dermatologistes qui les ont perfectionnés (2). De ce nombre est Unna.

(1) Aubert. *Trait. du lupus à l'antiquaille. Ann. Dermat.* Mars 1883.

(2) Nous ne pouvons parler ici de *tous* les caustiques essayés dans la thérapeutique du lupus : crysarobine, résorcine, sublime, iode, pâte de Vienne, etc., etc. Leur étude demanderait une place incompatible avec le cadre de ce travail.

Procédé de Unna. — Pour lui, un caustique n'est bon qu'à la condition d'agir exclusivement sur les parties malades. L'acide salicylique posséderait seul ce pouvoir ; mais c'est un médicament malheureusement difficile à supporter si on ne lui associe la créosote de hêtre. De plus, l'acide salicylique ne détruit pas à distance le bacille de Koch ; seuls les bacilles enfouis dans le tissu cautérisé par l'acide sont atteints, et on n'a de guérisons que si par un heureux hasard aucun bacille n'a échappé au caustique. Il ne faudrait donc pas trop compter sur la fréquence de pareils résultats. Aussi faut-il adjoindre à l'acide salicylique une substance capable d'attaquer le bacille dans la profondeur ; c'est au chlorure d'antimoine liquide qu'Unna réserve ce rôle, et voici la formule de la pâte qu'il emploie :

Acide salicylique	}	ââ	2 grammes.
Chlorure d'antimoine liquide			
Créosote	}	ââ	4 grammes.
Extrait de chanvre indien			
Adeps lance			8 grammes.

Cette pâte est déposée sur la surface malade avec une spatule : il faut avoir soin de cocaïniser préalablement, afin d'éviter la douleur très vive sans cette précaution. La pâte est recouverte d'emplâtre à l'oxyde de zinc ; et on renouvelle la cautérisation au bout de quarante-huit heures.

Lorsque le lupus est scléreux et résiste énergiquement, on ramollit le tissu conjonctif qui entoure les

lupômes au moyen de caustiques alcalins dont voici la formule :

Potasse caustique	} parties égales.
Chaux éteinte	
Savon noir	
Eau distillée	

Par ces deux procédés, on attaque le *lupus en surface*. Voici comme on procède pour traiter les foyers profonds isolés au milieu des tissus sains.

Au moyen de petites tiges de bois terminées en pointes et trempées dans une solution caustique, on transperce les lupômes ; le bois est assez dût pour percer le tissu lupique, mais pas assez pour dilacérer les parties saines. Les bâtonnets ont 5 centimètres de long sur 2 millimètres d'épaisseur ; on plonge leur pointe dans le chlorure d'antimoine liquide un quart d'heure avant de s'en servir, ou pendant plus longtemps si on veut augmenter l'action caustique. On les enfonce, en les faisant tourner comme une vrille, jusqu'à 2 ou 3 millimètres de profondeur, puis on les coupe au ras de la peau avec des ciseaux, et on les laisse en place en les recouvrant d'emplâtre mercuriel. Le nombre des pointes enfoncées varie de deux à douze ; elle tombent spontanément au bout de deux jours.

En résumé, le traitement consiste à cautériser la surface lupique pendant huit à quinze jours avec la première pâte, puis pendant un mois, on la traite par la potasse ; on emploie les bâtonnets pendant une hui-

taine de jours, et on revient ensuite à la potasse caustique pendant trois à quatre semaines. A ce moment, à la suite d'un examen soigneux, on décide s'il faut encore enfoncer des bâtonnets et reprendre une dernière fois la potasse.

Les résultats seraient, d'après Unna (1), au moins aussi bons que ceux obtenus par les méthodes chirurgicales; mais nous devons dire que ce traitement est très douloureux, ce qui le rend difficile à supporter.

Très douloureux aussi est le traitement par le **permanganate de potasse** en poudre, préconisé par Kaczanowski, de Saint-Petersbourg (2); une seule application suffit pour déterminer une escarre qui tombe au bout de quinze jours et laisse une plaie bourgeonnante en voie de cicatrisation.

M. Balzer emploie, après scarification, des solutions de permanganate au 1/500^e en bains locaux qui durent une demi-heure environ; parfois aussi il saupoudre les surfaces encore saignantes avec une poudre contenant 1 de permanganate et 5 de talc.

Cette poudre forme sur la plaie une croûte qui est laissée en place et sert de pansement.

M. Hallopeau a essayé dans son service le traitement du docteur Butte, qui consiste à appliquer pendant 1/4 d'heure sur les surfaces ulcérées une compresse imbibée d'une solution de permanganate de potasse au

(1) *Deutch. Medic. Zeitung et Rev. de thérap. médic, chirur.*
15 février 1899.

(2) *Semaine médic.*, 19 oct. 1896.

1/50°. Ce traitement réussit surtout dans les formes de lupus ulcéré et suintant.

Il semble que le permanganate agisse surtout en désinfectant le lupus, en le débarrassant des associations microbiennes qui pullulent dans les croûtes, à la surface des lésions ulcérées et peuvent imprimer au lupus une marche rapide.

Le **monochlorophénol**, essayé par M. Brousse en 1895 et par son élève le docteur Chiabrol, de Montpellier, aurait donné satisfaction à quelques praticiens (1) ; on en imbibe un tampon avec lequel on frotte vigoureusement le lupus ; on produit une rougeur vive et une douleur aiguë mais passagère. L'objection qui a été faite à ce médicament, c'est son odeur infecte et persistante qui empêchera toujours sa vulgarisation.

L'**éthyl-diamincrésol** est employé par Neisser en bains prolongés, avec des proportions variant de 1/3000° jusqu'à 1/5000°. Les bains ne sont guère possibles que pour le lupus des membres ; si le lupus siège à la face, on appliquera des compresses imbibées de la même solution. Ce médicament est très épidermisant et semble indiqué après le raclage de substances étendues, plutôt que sur des lupus circonscrits et non raclés.

Le **chlorure de zinc**, en badigeonnages sur les surfaces saignantes, agit d'une manière très favorable après le raclage.

(1) Barbe, *Soc. dermat. et syph.*, 7 juillet 1898.

Le **nitrate d'argent**, lui aussi, donne de bons résultats : il peut être employé en solutions au 1/50^e pour faire des badigeonnages sur les parties fongueuses et les bourgeons de mauvais aloi. On se servira du crayon de nitrate pour pénétrer dans les foyers de ramollissement, et cautériser avec la pointe les cratères ouverts par le scarificateur ou la curette. Le nitrate est certainement un des meilleurs agents auxiliaires du raclage et de la scarification : mais on ne l'emploie pas comme formant à lui seul un mode de traitement.

L'**acide lactique** est employé couramment dans le traitement du lupus des muqueuses. Avec un pinceau formé d'un tampon d'ouate hydrophile monté sur un bâtonnet et trempé dans une solution d'acide lactique au 1/10^e, on touche les parties malades ulcérées. Ces attouchements ont une action encore plus énergique quand ils ont lieu après raclage des tissus néoplasiques. La douleur qu'ils provoquent est assez vive mais dure peu de temps. C'est surtout dans le lupus des muqueuses que cette médication sera employée avec fruit, seule ou combinée avec le raclage : mais elle est encore applicable au traitement des vastes ulcérations des lupus très étendus.

Résultats. — L'efficacité des caustiques varie, nous l'avons vu, suivant les substances employées et la manière de s'en servir. Ce mode de traitement est toujours très douloureux et souvent assez long ; il cause parfois des kéloïdes et des cicatrices vicieuses. De plus en plus on tend à l'abandonner en tant que

médication unique : mais en combinant son action avec celle d'autres procédés, on peut arriver à de bons résultats.

V. — INJECTIONS LOCALES MÉDICAMENTEUSES

Agir directement sur la néoplasie et sur le bacille par des injections portant le médicament au sein même des tissus malades : telle est l'idée séduisante mise en pratique par plusieurs expérimentateurs qui ont tenté de guérir ainsi le lupus.

Les agents employés sont ou des médicaments, ou des sérums.

A. Médicaments.

Calomel. — De toutes les substances essayées, c'est le calomel qui a donné en injections locales les meilleurs résultats, Voici d'après Dubois-Havenith et Asselbergs (1) ce qu'il produit :

L'infiltration lupique pâlit et s'affaisse : les ulcérations se cicatrisent bientôt, puis l'amélioration se continue plus lente, mais incontestable. Ce sont surtout les infiltrats qui subissent les premiers l'influence de ces injections ; mais le tubercule lui-même semble pouvoir participer à la régression générale, puisque quelques guérisons complètes auraient été obtenues : toutefois il convient d'ajouter que si dans certains cas la surface lupique tout entière s'est cicatrisée, jamais la guérison n'a été définitive. On ne saurait donc consi-

(1) *Ann. de dermat. et de syphiligr.*, janvier 1899.

dérer le calomel comme un spécifique absolu du lupus puisque souvent des tubercules persistent dans la cicatrice, et qu'au milieu des tissus guéris en apparence on est toujours exposé à constater des foyers de récurrence.

Les expérimentateurs ont été presque unanimes à constater que les injections de calomel amélioraient notablement les infiltrats et les ulcérations. M. du Castél et le professeur Fournier (1) pensent pour cette raison que le calomel est indiqué dans le lupus tumidus avec éléphantiasis.

Tel n'est cependant pas l'avis de M. Bertarelli de Milan (2); cet auteur n'aurait pas observé de modifications heureuses chez les lupiques véritables; seuls auraient été améliorés les syphilitiques atteints en même temps de lupus. A son avis, le traitement par le mercure devrait continuer à être considéré comme une sorte de pierre de touche dans les cas de diagnostic douteux entre la bacillose et la syphilis.

C'est néanmoins un fait avéré que le calomel modifie d'une manière très réelle les néoplasies tuberculeuses avec ulcérations et infiltrat profond : mais il ne fait que les améliorer, sans les guérir définitivement.

Presque toutes les autres tentatives d'injections locales médicamenteuses ont été sans résultat thérapeutique, les substances n'ayant donné lieu qu'à une inflammation banale analogue à celle que produit tout corps étranger introduit au sein des tissus vi-

(1) *Bull. Soc. dermat.*, 1898, n° 7, et juin 1899 ; *ibid.*, p. 718.

(2) *Congrès de Dermatologie*. Août 1900.

vants. Nous n'en citerons que quelques-unes qui ont eu des effets douteux, ou sont encore à l'étude.

L'*huile grise* a été préconisée par Creutzer de Lille et Deutsch. Les faits publiés sont peu concluants.

Auspitz, puis Schiff, ont traité les nodosités lupiques en inoculant dans chaque nodule de la *glycérine iodée* avec une seringue de Pravaz. Ils ne paraissent pas avoir persisté dans cette voie.

B. Sérums.

Des essais de sérothérapie ont été également faits à titre de traitement local ; nous en avons déjà parlé plus haut à propos du traitement général par les sérums. Tous ont du reste échoué.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les tentatives de Tommasolli par le sérum de chien ; de MM. Hallopeau et Roger par les toxines streptococciques ; de MM. Broca et A. Charrin par le sérum de chien tuberculeux ; de M. Hirschfelder, dans le service de M. Hallopeau, par l'oxytuberculine. Toutes ont donné des améliorations passagères. Aucune n'a produit de résultat durable.

En somme, cette méthode des injections locales médicamenteuses, si séduisante en apparence, est loin d'avoir donné les résultats qu'on pouvait en attendre. A peine est on autorisé à considérer quelques-unes d'elles comme pouvant être dans certains cas un adjuvant utile d'un traitement plus énergique.

VI. — ÉLECTRICITÉ

L'électricité, sous presque toutes ses formes, a été essayée dans le traitement des dermatoses. On a tenté avec des succès divers d'appliquer au traitement du lupus : les courants de haute fréquence et de haute intensité, l'électrolyse, les rayons Röntgen.

α) *Courants de haute fréquence et de haute intensité.* — Introduits en électrothérapie par M. d'Arsonval, étudiés avec soin par le docteur Oudin qui le premier les a utilisés dans les maladies cutanées, les courants de haute fréquence et de haute intensité n'ont, dans la thérapeutique du lupus vulgaire, qu'une importance restreinte.

Sans parler du dispositif compliqué que nécessite cette méthode de traitement, nous nous bornerons à résumer ses effets dans le cas spécial qui nous occupe.

L'appareil en usage est l'appareil Oudin-d'Arsonval. Au moment de l'application de l'électrode garnie d'un manchon de verre on voit éclater une pluie de fines étincelles qui jaillissent au travers du manchon de verre entre l'armature métallique et la partie traitée ; en ce point la peau pâlit, puis rougit bientôt, et le patient ressent une vive cuisson. Mais ces phénomènes sont absolument passagers. Après les séances de traitement, le lupus ne change ni d'aspect, ni d'évolution : l'action des courants de haute tension et de haute intensité peut être considérée comme étant nulle dans le cas de lupus vulgaire. Tel est l'avis du docteur

Bissérié (1) qui dirige le laboratoire d'électricité dans le service de M. Brocq à l'hôpital Broca-Pascal. A Saint-Louis, le docteur Gastou a fait des constatations tout à fait semblables :

Aucune amélioration s'il s'agit de lupus vulgaire, et parfois même aggravation dans certains cas de lupus ulcéreux.

Par contre, résultats encourageants dans le lupus érythémateux. (2)

β) *Electrolyse*. — Nous ne ferons que mentionner les tentatives faites pour traiter le lupus par l'électrolyse. Toutes ont échoué. Il est inutile d'insister sur une méthode qui n'a jamais fait ses preuves; et nous ne l'avons citée que pour signaler son impuissance.

γ) *Rayons X*. — Il y a quelques années, quand on commença à expérimenter les rayons Röntgen et à faire des épreuves radiographiques, presque tous les praticiens s'aperçurent des effets remarquables que produisaient ces rayons sur les surfaces cutanées : chute des poils, érythèmes, sphacèle, etc. Et l'on se demanda si ces effets très énergiques ne pouvaient être orientés vers un but thérapeutique. De nombreux essais ont été tentés dont quelques-uns ont été couronnés d'un succès relatif, mais suffisant pour qu'il y ait lieu de persévérer dans cette voie.

Instruments et mode opératoire. — L'instrument qu'on emploie en radiographie étant universellement connu, nous ne le décrivons pas.

(1) *Journal des Maladies cutanées*, 1898, p. 372.

(2) *Arch. électr. médicale*, 1900, p. 636.

Pour protéger les parties saines contre l'action des rayons, on se sert d'écrans métalliques en étain ou en fer blanc. Les os, ne laissant pas passer les rayons, agissent comme un écran pour les téguments situés derrière eux ; en soumettant, par exemple, la face palmaire du bras à l'action directe des rayons, la face dorsale est protégée contre leur action directe par le radius et le cubitus. D'où la nécessité d'agir sur les deux faces successivement, au cas où le bras serait malade sur toute sa circonférence.

La distance de laquelle le tube doit être distant de la partie à traiter est, d'après Alberts Schönberg (1), de 25 centimètres environ. Le même auteur conseille de faire durer la séance une petite demi-heure. Dans ces conditions il aurait obtenu des résultats encourageants (1).

Résultats. — Voici d'après Schiff (2) les résultats que l'on constate :

Tout d'abord il se produit une réaction inflammatoire généralisée, accompagnée d'une réaction spécifique du tissu lupique ; des nodosités lupiques invisibles à l'œil nu deviennent apparentes par l'éclairage des rayons Röntgen. Puis les lupômes se ramollissent et s'éliminent.

Pendant quelques jours, la plaie a un mauvais aspect : elle est couverte de sanie et de croutelles purulentes ; mais bientôt elle se déterge, se couvre de

(1) *Arch. d'électr. méd.*, 15 janvier 1898.

(2) *Soc. viennoise de Dermatol*, 2 juin 1897.

bourgeons vivaces, organisés, et, dès lors, tend à se cicatriser, le processus épidermique se faisant des bords de la plaie vers le centre comme pour un ulcère vulgaire.

Le professeur Lang de Vienne a, lui aussi, constaté cette action favorable que Kaposi compare à celle de la lymphe de Koch; mais il ne l'a jamais vue persister. Il n'a jamais été témoin d'une seule guérison qui soit attribuable à ce mode de traitement; enfin il l'a vu totalement inactif dans plusieurs cas.

En résumé, en parcourant les observations où des résultats favorables ont été obtenus, nous ne trouvons que très peu de guérisons; encore ne sait-on pas si ces guérisons ont été durables, les observations ayant été publiées peu de temps après qu'elles étaient constatées. Par contre, on a noté très souvent une amélioration notable; les surfaces ulcérées prennent un aspect satisfaisant et se couvrent de granulations de bonne nature. Aussi Unna conseille-t-il d'avoir recours à ce procédé pour améliorer des lupus très étendus qu'on continuera ensuite à traiter par les procédés habituels.

VII. — PHOTOTHÉRAPIE. MÉTHODE DE FINSSEN

Historique. — M. Niels R. Finsen, de Copenhague, a appliqué fort ingénieusement au traitement du lupus les propriétés bactéricides de la lumière.

D'autres avant lui avaient déjà eu cette idée. Mais les tentatives isolées de Thayer, de Maximilien Mehl, de Lahmann, n'avaient pas eu d'heureux résultats. Leur insuccès provient sans doute de cette double

cause : l'usage d'instruments concentrant insuffisamment les rayons lumineux, et par suite d'une puissance thérapeutique trop limitée ; l'emploi simultané de tous les rayons lumineux indistinctement, sans exclusion des rayons calorifiques dont l'action nocive est aujourd'hui bien constatée.

Au cours d'intéressantes recherches qui remontent à plus de dix ans, Finsen constata et expérimenta les trois propriétés suivantes que possèdent les rayons lumineux :

Leur action bactéricide, leur pénétration à travers la peau, la réaction spéciale spécifique qu'ils provoquent.

C'est sur ces trois effets qu'est basée sa méthode de traitement qu'il n'a cessé de pratiquer avec succès depuis 1896, à l'Institut de photothérapie de Copenhague.

La méthode de Finsen a été appliquée dans d'autres pays. Des appareils copiés sur les siens ont été construits, et des Instituts de photothérapie ont été fondés.

A Saint-Petersbourg, Pétersen a une installation semblable ; il se sert de la lumière électrique, et a obtenu des guérisons.

En Allemagne, plusieurs médecins ont commencé à soigner le lupus par cette méthode.

En France, quelques hôpitaux l'ont adoptée. A Saint-Louis, dans le service de M. Saboureau fonctionnent des appareils fabriqués sur le modèle de ceux de Copenhague. La lampe à arc est de 60 ampères et

fournit des rayons lumineux à quatre tubes concentrateurs. Bien que l'installation soit achevée depuis quelques mois seulement, on a déjà enregistré quelques guérisons et de nombreuses améliorations.

Tout récemment aussi, une installation du même genre a été créée à Paris, par le docteur Leredde dans l'établissement dermatologique qu'il dirige : et lui aussi n'a qu'à se louer des résultats obtenus.

Enfin, quelques villes, Lyon entre autres, possèdent des appareils Finsen.

Appareils. — On sait que la lumière solaire contient :

Des rayons calorifiques (jaunes, orangés, rouges, ultra-rouges);

Des rayons chimiques (bleus, violets, ultra-violets).

Ce sont ces derniers seuls que l'on emploie ; les rayons calorifiques concentrés produisent en effet une combustion des tissus, et, de plus, n'ont qu'une puissance bactéricide limitée. Aussi les élimine-t-on.

La source lumineuse la plus riche en rayons chimiques est la lumière solaire ; malheureusement on ne l'a pas toujours à sa disposition. A son défaut on emploiera la lumière électrique de l'arc voltaïque ; les lampes à incandescence donnent trop peu de rayons chimiques.

Le dispositif n'est pas le même suivant qu'on emploie l'une ou l'autre de ces lumières. Les rayons solaires sont en effet parallèles ; les rayons issus de l'arc voltaïque sont au contraire divergents.

L'appareil employé pour concentrer la lumière solaire consiste en une lentille plan convexe creuse, de 20 à 40 centimètres de diamètre, remplie d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre, et montée sur un support métallique en forme de fourche permettant d'imprimer au verre des mouvements autour d'un axe vertical et d'un axe horizontal, et de l'élever ou de l'abaisser à volonté.

Tout autre est le dispositif employé pour concentrer la lumière de l'arc voltaïque dont l'intensité doit être de 60 à 80 ampères. L'appareil a la forme d'un télescope ; un premier système de deux lentilles rend parallèles les rayons divergents de l'arc voltaïque ; un deuxième système fait converger ces rayons. Entre les lentilles se trouve de l'eau distillée maintenue constamment fraîche : les rayons lumineux la traversent et s'y refroidissent. Les lentilles sont en cristal de roche, substance qui laisse passer les rayons ultra-violets, absorbés en grande partie par le verre ordinaire.

A leur sortie de l'appareil, les rayons viennent tomber sur le malade, mais non pas directement. Il leur faut encore traverser une sorte de petit cylindre aplati formé de deux rondelles de verre séparées par une couche d'eau fraîche qui se renouvelle sans cesse. Ce cylindre est appliqué exactement sur la peau du malade, à l'endroit que l'on veut traiter ; il a pour but de la rafraîchir et de rendre supportable l'action des rayons qui sortent encore brûlants de l'appareil. De plus, en comprimant les tissus, il produit une anémie passagère de la région et augmente ainsi l'action



Méthode Finsen

Croquis demi-schématique pris à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Saboureau. — Les flèches indiquent le sens du courant d'eau froide qui circule dans l'appareil.

thérapeutique des rayons qui pénètrent bien plus facilement les tissus exsangues que les tissus congestionnés.

Mode opératoire. — Avant de commencer la séance de traitement, chaque malade est examiné par le médecin traitant qui marque au crayon dermatographique l'endroit qui devra être soumis à l'action des rayons lumineux.

Le malade s'assied ensuite sur une chaise à haut dossier, ou, ce qui est préférable, se couche sur une table spéciale recouverte d'un matelas dur et d'une alèze. Il se place dans une position commode et qui ne le fatigue pas, car on va lui demander une immobilité presque absolue pendant plus d'une heure.

Cela fait, l'infirmière qui est spécialement préposée au traitement du malade, règle l'appareil de façon que les rayons lumineux tombent toujours sur la même région et perpendiculairement au verre compresseur que porte le patient.

La séance dure une heure et quart, environ. La surface traitée est un cercle d'environ 2 centimètres de diamètre. Chaque jour le malade est soumis à une ou deux séances, si le lupus a une étendue considérable.

Effets. — Ce traitement n'est pas douloureux, du moins au moment de son application; à peine le malade accuse-t-il une légère sensation de cuisson qui ne l'incommode pas outre mesure. Il peut même arriver que pendant la séance il s'endorme. Cependant la compression exercée par le cylindre de verre appliqué sur

la peau finit parfois par devenir difficile à supporter, surtout s'il repose directement sur une ulcération.

Au moment où la séance prend fin, on ne remarque rien qu'une légère rubéfaction du point traité ; cette rubéfaction augmente jusqu'au lendemain et s'accompagne d'une sensation de cuisson plus ou moins intense, jusqu'à ce qu'une bulle se soit formée, ce qui a lieu généralement dans les quarante-huit heures qui suivent. Un simple pansement à l'eau boriquée est appliqué pour empêcher l'infection de la bulle ; celle-ci se crève et se dessèche spontanément sans amener de pertes de substance ; des squames se forment, et, huit jours après le traitement, la région est le siège d'une légère exfoliation superficielle ; l'épidermisation se fait.

Au bout de douze à quinze jours on peut refaire, une nouvelle séance au même emplacement, ce qui est toujours nécessaire pour obtenir un effet thérapeutique durable.

« L'effet de ce traitement, a dit M. Forchkammer, parlant pour Finsen au dernier Congrès d'août 1900, est caractérisé par une rétrocession successive et graduée de l'affection ; les ulcérations diminuent en profondeur et en étendue, puis elles disparaissent tout à fait ; les nodosités hypertrophiques s'aplanissent et deviennent plus petites ; les nœuds confluents se transforment en de petits nœuds séparés par une peau saine ; enfin, ces derniers disparaissent de même. Ce processus dure plus ou moins longtemps, suivant l'intensité et l'étendue de l'affection : on n'interrompt le traitement que lorsque la maladie n'offre plus de traces distinctes

Toutefois le malade n'est pas encore définitivement guéri. A l'expiration de ce premier traitement, le sujet est gardé en observation, à l'Institut ou chez son médecin ordinaire. Dans les cas les plus favorables, le malade se conserve en parfait état, sans plus de traitement; mais, le plus souvent, de petits foyers morbides subsistent encore dans les profondeurs de la peau et réapparaissent de nouveau à la surface, sous forme de petites nodosités dispersées çà et là. Un second traitement de courte durée est alors institué.

« Dans les cas nombreux où nous avons suivi ces principes, nous n'avons jamais observé de récurrence. Mais, si le malade néglige ce deuxième traitement, ces légers foyers de la maladie peuvent prendre une extension considérable (1). »

Durée. — La durée du traitement est naturellement proportionnelle à la gravité des cas. En faisant une moyenne sur cent cas, Finsen a trouvé que le traitement principal durait quatre mois et demi. La période d'observation est de un à deux ans.

Il est intéressant de savoir à quelle profondeur pénétrent les rayons lumineux concentrés : ce fait a son importance, puisque souvent, au lieu d'être absolument superficiels, certains tubercules sont profondément enchassés dans les tissus.

(1) Forchkammer. — Communication au Congrès de Dermatologie. Août 1900. *Traitement du lupus vulgaire par les rayons lumineux concentrés.* (Méthode de Finsen).

Pour nous en rendre compte nous avons fait chez M. Leredde l'expérience que voici :

On prend deux verres de montre qui, se regardant par leur face concave forment une petite boîte à l'intérieur de laquelle on glisse un morceau de papier photographique sensible, au gélatino-bromure, placé entre deux grilles de papier noir ; puis on soude les bords des deux verres de montre à la cire à cacheter. Après avoir placé à l'intérieur de notre bouche ce petit appareil construit dans la chambre noire, nous nous sommes soumis à l'action des rayons Finsen dirigés sur l'endroit de la joue que seule l'épaisseur des téguments séparait de l'appareil ; celui-ci au bout d'un instant fut retiré de notre bouche dans la chambre noire ; et le papier, développé comme une plaque photographique, donna un cliché formé de raies noires et blanches. Les rayons lumineux concentrés traversent donc l'épaisseur de la joue. Il suffit d'une minute pour que leur action soit appréciable, à condition qu'au point d'application de la lumière les téguments soient exsangues, ce qu'on obtient par compression.

Il est donc vraisemblable qu'au cas où la muqueuse des joues est atteinte de lupus, elle bénéficie, elle aussi du traitement fait sur la partie externe des téguments.

Résultats. — Les cicatrices obtenues par le procédé Finsen sont fort belles ; on a pu s'en convaincre par l'examen des malades que M. Forchkammer, sous-directeur de l'Institut Finsen, avait amenés au congrès de dermatologie d'août 1900.

Les cicatrices sont lisses, souples, d'une plâstique remarquable. Les pertes de substances sont très faibles, elles ne sont pas imputables au traitement lui-même qui ne détruit rien, mais ne peut naturellement pas faire repousser ce qui avait été détruit par la néoplasie.

Avantages et inconvénients. — Les avantages de la méthode sont les suivants :

1^o Cicatrices excellentes ; seule la scarification donne aussi bien ;

2^o Presque tous les cas de lupus peuvent être traités, améliorés et guéris. Les cas intraitables sont dans la proportion de deux à trois pour cent ;

3^o Ce procédé est moins douloureux que les autres traitements.

Voici maintenant ses inconvénients :

1^o Le lupus des muqueuses ne peut être traité par ce moyen ;

2^o Seuls les gens qui disposent de beaucoup de loisirs peuvent l'employer, puisque tous les jours il faut faire une ou deux séances, de une heure et quart chacune ;

3^o Ce traitement est fort coûteux.

A Paris, la dépense d'électricité est à peu près de 1 franc par heure et par malade, c'est-à-dire environ de 200 francs au minimum pour un traitement dont la durée moyenne est de cinq mois, à raison d'une séance d'une heure et quart par jour. A cette somme, il faut ajouter le salaire des infirmières préposées à la surveillance des appareils, à raison d'une infirmière pour chaque malade, ainsi que les frais d'amortissement de

l'installation qui coûte de quatre à cinq mille francs. Somme toute, on peut estimer à 500 francs le prix moyen total déboursé par le médecin pour les seuls frais que nécessitent les séances de traitement d'un seul malade.

De quelle manière peut-on expliquer l'action des rayons lumineux ?

Selon Finsen, les rayons bleus concentrés ont un double effet :

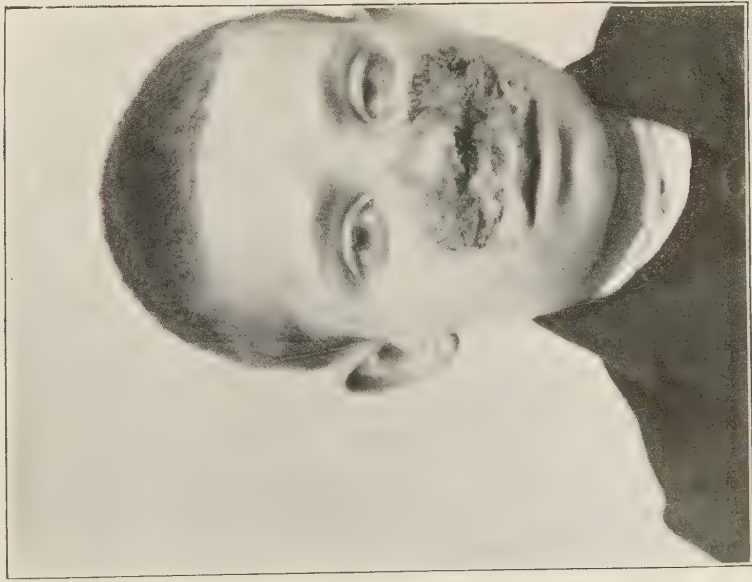
Ils tuent le bacille lui-même ;

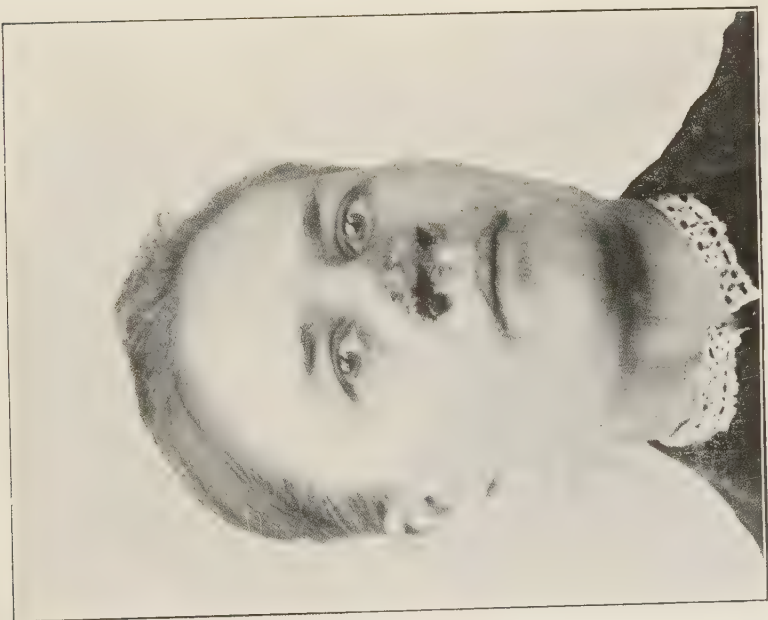
Ils produisent dans les tissus une inflammation qui se traduit par une phagocytose exagérée et une réorganisation due à l'affluence de cellules embryonnaires.

On peut se demander si ces modifications qui s'effectuent si rapidement sous l'action des rayons concentrés, la nature ne les réalise pas spontanément dans les régions où le soleil est particulièrement ardent, mais avec une lenteur progressive qui fait qu'elles échappent à l'examen. De tout temps, en effet, on a constaté que le lupus était plus commun dans les pays froids, humides et nuageux, que dans les contrées sèches, lumineuses et chaudes. Enfin, chose digne de remarque, les races dont la peau présente au plus haut degré cette pigmentation noire qu'amène infailliblement l'action prolongée des rayons solaires, les races nègres, sont extrêmement rebelles à toute tuberculose cutanée. Le docteur Sélim Fahmy, médecin depuis de longues années dans la Haute Egypte, et le docteur Isidore Dyer de la Nouvelle-Orléans ont bien voulu nous donner sur ce point les renseignements suivants :

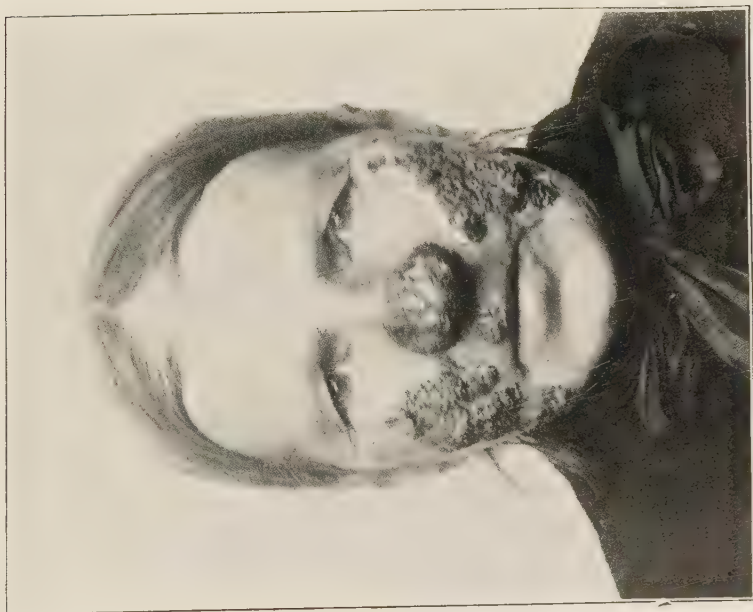
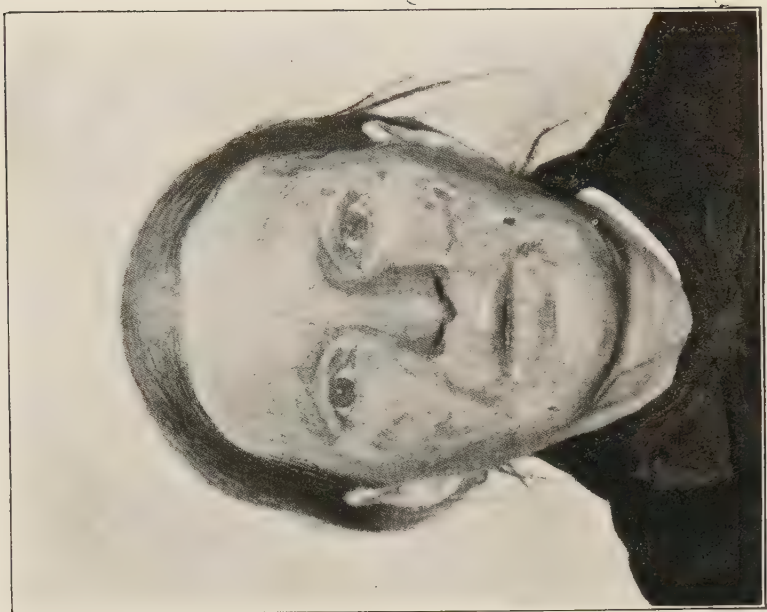
Les 8 photographies qui suivent sont celles de malades traités et guéris par **M. Niels R. Finsen**, à Copenhague.

Elles nous ont été obligeamment prêtées par M. Lerodde, qui lui-même les tenait de M. Saboureaux.









En Egypte et à la Nouvelle-Orléans, les nègres payent un large tribut à la tuberculose viscérale, autant si non plus que les blancs. Au contraire, la tuberculose cutanée est chez eux une rareté. Elle est exceptionnelle en Egypte ; à la Nouvelle-Orléans elle est infiniment plus rare chez le noir que chez le blanc.

D'où vient une si notable différence ? La température de ces régions chaudes ne saurait l'expliquer, puisque les blancs et les noirs la subissent également. Ne pourrait-on l'attribuer en partie à l'influence des rayons solaires produisant une action différente et plus ou moins puissante suivant le degré de pigmentation de la peau ? Ne faut-il y voir, au contraire, qu'une affaire de prédisposition ancestrale ? Ce sont-là des questions que nous ne ferons que poser sans essayer de les résoudre.

DEUXIÈME PARTIE

CHOIX D'UN TRAITEMENT

L'esquisse rapide que nous venons de tracer des nombreux traitements du lupus, des instruments spéciaux que nécessite chacun d'eux, de la manière de s'en servir, des résultats qu'on en peut tirer nous a amené à faire les remarques suivantes :

Parmi les traitements du lupus les uns sont absolument inefficaces, d'autres produisent des améliorations passagères, quelques-uns donnent des guérisons durables.

Les médications capables de guérir le lupus sont : la scarification, l'ignipuncture, la scarification ignée, les méthodes chirurgicales (ablation, autoplasties, greffes, raclage), les caustiques, la méthode Finsen.

De ces divers procédés lequel est le meilleur ? L'idéal serait évidemment de trouver un traitement facile à appliquer, indolore, donnant en peu de temps des guérisons définitives et des cicatrices parfaites. Analysons chacune de ces qualités et voyons quels

sont les traitements qui les réalisent en tout ou en partie.

1) Des *cicatrices excellentes*, la scarification en donne; quand la guérison a été obtenue par ce procédé, à l'endroit où siégeait le lupus la peau est blanche et souple, elle a la couleur des téguments sains, elle n'est pas couturée et ne présente ni saillies ni dépressions; la cicatrice est si bonne que parfois on ne saurait dire où est la limite des tissus précédemment malades.

La méthode de Finsen seule peut rivaliser avec la scarification pour la beauté des résultats plastiques obtenus; elle ne produit pas de pertes de substance, et l'aspect de la cicatrice est de tous points excellent.

L'ignipuncture employée seule produit souvent des kéloïdes, et des brides fibreuses d'un effet désagréable quand elles siègent au visage.

Malgré l'habileté des chirurgiens, les autoplasties et les greffes de Thiersch ne donnent pas des résultats plastiques impeccables; les coutures restent visibles, les déformations asymétriques sont fréquentes: enfin le nez, les lèvres, les paupières, lorsque le lupus siège en ces points, sont loin d'avoir après l'opération un aspect parfaitement normal.

Quant au raclage, personne, croyons-nous, ne l'a vanté pour l'esthétique de ses résultats.

Les caustiques donnent des cicatrices apigmentées, indélébiles. Ils provoquent souvent des pertes de substance, qui, en se comblant, amènent des rétrac-

tions cicatricielles et défigurent le malade. Aussi leur emploi est-il presque abandonné.

2) Des *guérisons définitives* ont été obtenues par tous les procédés de choix que nous venons d'énumérer. Après la guérison apparente, si le malade est soigneusement tenu en observation, il est rare que l'on ne constate pas pendant quelque temps des récives bénignes provenant de tubercules oubliés. Ce fait a lieu pour toutes les méthodes de traitement : scarification, ignipuncture, rayons lumineux, caustiques, et aussi pour l'ablation chirurgicale : d'après la statistique du professeur Lang, il y aurait en effet dans environ $\frac{1}{3}$ des cas opérés des repullulations au pourtour de la zone enlevée.

Traitées rapidement ces récives ont en général peu de gravité ; ce sont comme les dernières étincelles d'un incendie qui s'éteint. On ne doit pas oublier pourtant que si on ne les soignait aussitôt qu'elles apparaissent, elles pourraient prendre un développement considérable, parfois en peu de temps. Ces récives ont lieu en général pendant les deux premières années qui suivent la fin du traitement. Passé ce temps, il est rare qu'on en observe, et le malade peut être tenu pour définitivement guéri.

Ajoutons qu'il est malheureusement des cas qui résistent à toutes les médications ; le jour n'est pas encore venu où l'on pourra rayer de la dermatologie le mot « *lupus intractabilis* ».

3) La *durée* du traitement elle aussi a son importance.

Nul ne saurait être plus rapide que l'ablation chirurgicale suivie de la réunion par première intention, de l'autoplastie, de l'application de greffes de Thiersh ; à condition toutefois qu'il n'y ait pas de suppuration. Cette méthode triomphe des cas les plus rebelles, elle est nettement indiquée toutes les fois que le lupus est opérable et siège en un lieu où la beauté de la cicatrice est d'un intérêt secondaire. « Par elle, a dit le professeur Lang au dernier Congrès de dermatologie (août 1900), vous guérirez en quelques jours des malades, qui ont en vain cherché la guérison pendant des dizaines d'années. Vous rendrez le désir de vivre à des gens qui étaient à charge à eux-mêmes et aux autres. »

La méthode Finsen opère des cures assez rapides : six mois est le chiffre moyen de la durée du traitement. Remarquons toutefois, que de tous les modes de médication, c'est le plus assujettissant puisque les malades sont traités tous les jours, parfois deux fois par jour, et qu'ils sont obligés de venir pour cela à un hôpital souvent fort éloigné de leur domicile. Aussi cette méthode n'est-elle applicable qu'à ceux qui ont des loisirs nombreux et habitent une grande ville pourvue des appareils nécessaires.

L'ignipuncture agit avec une rapidité relative ; beaucoup plus vite à coup sûr que la scarification. La facilité avec laquelle on peut la pratiquer, la possibilité pour le malade de reprendre son travail après chaque

séance en font une méthode en quelque sorte rustique et éminemment pratique.

De tous les traitements, la scarification est le plus lent ; par contre c'est un des plus faciles à suivre. Une séance par semaine suffit en effet, et, après la séance, le malade peut reprendre ses occupations. De plus ce moyen thérapeutique est à la portée de tous les médecins et peut être pratiqué en tous lieux ; il n'est pas d'instrument moins cher, plus léger, plus pratique que le scarificateur de Vidal. La scarification est le traitement de choix de la femme de toute condition, riche ou pauvre, de la campagne ou de la ville, qui préfère attendre un peu plus longtemps sa guérison, afin de n'être ni défigurée, ni enlaidie.

La durée moyenne de ce dernier procédé est à peu près double de celle de la méthode Finsen. Toutefois, si, au lieu d'envisager le temps brut écoulé depuis le début du traitement jusqu'à la guérison, on fait le compte du total des heures que le malade a passées entre les mains de l'opérateur, on se convaincra aisément que la durée effective du traitement dans la méthode Finsen est en réalité bien supérieure à celle qu'exige la scarification.

Ainsi, la scarification, prolongée pendant une année, correspond à peu près à 26 heures de séances opératoires, à raison d'une séance d'une demi-heure environ par semaine ; tandis que le traitement de Finsen, qui ne dure que cinq mois, exigerait une série d'opérations d'un total de 180 heures, à raison de une heure un quart par jour.

Il va sans dire que la considération qui précède n'a d'intérêt sérieux que pour ceux qui disposent de peu de loisirs et auxquels leurs occupations quotidiennes interdisent tout dérangement un peu fréquent.

4) La *douleur* produite par la médication n'est pas un point négligeable ; c'est même souvent pour les personnes très sensibles, la chose capitale.

L'anesthésie chloroformique supprime, on le sait, toute souffrance ; mais, sans compter le malaise et les vomissements que donne le chloroforme après l'opération, chaque fois que l'on se fait endormir on court des risques ; les accidents à la vérité sont très rares ; mais enfin ils sont possibles et cela doit entrer en ligne de compte. Aussi réserve-t-on l'emploi du chloroforme pour les opérations chirurgicales telles que l'ablation, le raclage et la scarification ignée.

L'ignipuncture et la scarification sont toutes deux fort douloureuses, et il ne faut pas trop compter sur les anesthésiques locaux qui ne font guère qu'atténuer la souffrance sans la supprimer radicalement. Il est vrai que si la douleur est vive pendant l'application du traitement, elle n'est pas de longue durée.

Au contraire, les rayons chimiques de Finsen ne provoquent à peu près aucune sensibilité au moment de leur application ; mais, le lendemain et durant quelques jours, on éprouve une sensation de cuisson, parfois intense, ordinairement modérée.

Les malades qui ont pu comparer les divers procédés thérapeutiques, trouvent généralement que les rayons

lumineux sont plus faciles à supporter que les pointes de feu ou les scarifications.

Tels sont, en résumé, les avantages et les inconvénients que présente chacun des modes de traitement actuellement usités dans la thérapeutique du lupus. On voit qu'aucun d'eux n'est parfait; qu'aucun ne possède l'ensemble complet des qualités dont nous avons doté le traitement idéal, que pas un d'eux ne s'impose à notre choix par une supériorité absolue sur tous les points.

Aussi croyons-nous que le plus sage est de n'être point exclusif, de ne pas adopter systématiquement un traitement toujours le même pour tous les lupiques, de savoir choisir parmi l'arsenal thérapeutique la médication appropriée aux divers cas, suivant les indications qui sont fournies soit par les caractères du mal lui-même, soit par les conditions individuelles du sujet.

Le traitement que nous préconiserons variera donc :

1° Suivant l'étendue, le siège, la nature du lupus.

2° Suivant l'âge, le sexe, l'habitat et la situation sociale du malade.

I. - INDICATIONS TIRÉES DES CARACTÈRES DU LUPUS

1° D'après l'Etendue.

Les mots de *petit lupus*, de *grand lupus*, de *moyen lupus*, n'ont pas une signification précise ; on ne saurait dire quelle surface on veut exactement désigner par ces adjectifs vagues et imprécis. Aussi, pour fixer les idées, désignerons nous sous le nom de petit lupus tous ceux dont la superficie ne dépassera pas la dimension d'une pièce de deux francs ; pas lupus de moyenne taille nous entendrons le lupus égal à deux pièces de cinq francs ; par grand lupus celui qui aura environ une paume de main. Par très grand lupus, celui qui dépassera ces dimensions.

a) Le *petit lupus* est naturellement celui dont la guérison s'obtient avec le plus de rapidité. Tous les modes de traitement lui sont applicables ; mais quelques-uns pourtant sont plus spécialement indiqués.

La cure radicale, par l'ablation au bistouri et réunion par première intention, donne des résultats très rapides : en huit jours la plaie est définitivement cicatrisée, et si le chirurgien a eu soin de faire ses sutures avec une fine aiguille et des crins de Florence pas trop gros, la cicatrice linéaire obtenue est très peu apparente. Les récidives sont exceptionnelles si la zone circonscrite par le bistouri est assez grande ; à ce point de vue, on ne

saurait assez répéter qu'il vaut mieux pratiquer une résection un peu plus étendue pour être sûr de la guérison définitive. L'ablation au bistouri, avec réunion par première intention est le procédé de choix toutes les fois que la peau est assez mobile pour permettre l'accollement des lèvres de la plaie.

La scarification agit avec sa perfection habituelle, mais bien lentement; on ne l'emploiera guère que chez les petites filles ou les jeunes femmes, pour lesquelles on doit souhaiter que le lupus laisse de son passage le moins de traces possible.

La photothérapie donne des résultats excellents, bien plus lents il est vrai que le bistouri.

L'ignipuncture produit des cicatrices qui sont loin d'atteindre à la perfection de celles obtenues par la scarification ou la méthode de Finsen; en lui associant la scarification elle a de très heureux résultats.

L'escarrification produite par un cautère ou un caustique violent détermine une cicatrice indélébile, en général déprimée, apigmentée, se distinguant nettement par sa coloration pâle des tissus avoisinants; ce moyen thérapeutique brutal doit être rejeté.

b) Le *lupus de moyenne étendue*, est le triomphe de la méthode Finsen : les cicatrices qu'elle produit sont plus satisfaisantes que celles obtenues par l'autoplastie chirurgicale ou par l'ignipuncture; la scarification agit beaucoup plus lentement qu'elle. Aussi ce traitement est-il très recommandable à ceux qui ont le temps et les ressources nécessaires pour le suivre.

La chirurgie autoplastique, par la rapidité des gué-

risons qu'elle donne, s'adresse à ceux qui, à tout prix, veulent guérir vite, et ne s'inquiètent pas de l'aspect souvent peu heureux de leur cicatrice.

L'ignipuncture laisse souvent des cicatrices peu satisfaisantes, quand elle est employée seule : mais, associée à la scarification, qui lui vient en aide pour perfectionner les résultats obtenus, elle constitue une méthode excellente applicable à tous ceux qui ne veulent pas se faire opérer chirurgicalement, ou qui habitent une ville ne possédant pas d'installation du modèle Finsen.

c) Lorsqu'on a affaire à un *grand lupus*, il arrive souvent que les pointes de feu, les scarifications, les rayons lumineux, ne parviennent pas à guérir complètement l'affection ; c'est que chacun de ces traitements est difficilement applicable à toute l'étendue de la néoplasie à la fois : leur action se limite à un territoire circonscrit : et, dans les points où le mal échappe au traitement, il fait des progrès qui peuvent être aussi rapides que ceux faits en d'autres endroits par la guérison ; de sorte que la lésion tout en changeant de siège et en se déplaçant, ne diminue pas d'étendue et menace de s'éterniser. Ces moyens thérapeutiques échouent, parce que leur action est lente et limitée ; la cure radicale devient nécessaire dans ces cas.

Après l'ablation des tissus malades au bistouri, le chirurgien comblera la plaie par des greffes autoplastiques, avec ou sans pédicule, suivant qu'il le jugera nécessaire, ou par des greffes de Thiersch. Si la cicatrice obtenue par ces procédés n'est pas de tout point

parfaite, les malades ont du moins l'avantage d'être enfin guéris d'une manière définitive.

d) Parfois enfin, lorsque le lupus est *très étendu*, une ablation radicale devient impossible ; la perte de substance déterminée serait en effet trop considérable et les délabrements nécessaires seraient tels que des greffes ne pourraient les combler. C'est ce qui a lieu dans les lupus occupant soit tout le visage, soit une main ou un pied, soit encore la majeure partie d'un membre. Le raclage est employé dans ces cas avec grand profit : on lui adjoint souvent la cautérisation avec des caustiques, tels que le chlorure de zinc ou le nitrate d'argent. Au bout de quelques semaines, l'aspect du lupus a totalement changé : les surfaces ulcérées sont cicatrisées ; il est vrai que la cicatrice est irrégulière, couturée, vilaine d'aspect, et qu'elle contient par places des tubercules isolés.

Mais, du moins, le lupus, s'il n'est pas guéri, est excessivement amélioré : et dès lors on pourra achever de le traiter par les autres procédés, ignipuncture, méthode Finsen, scarifications.

2° D'après le siège.

Nous venons de voir que suivant l'étendue du lupus, il y avait lieu de varier le traitement. Selon le siège du lupus on fera également un choix entre les diverses méthodes thérapeutiques. Dans certains cas, en effet, quelques-unes d'entre elles deviennent inapplicables,

ou donnent des résultats déplorables qui doivent les faire éliminer.

a) Le *lupus* de la *face* est de tous le plus fréquent : son traitement varie suivant qu'il siège : à la joue ; au nez ou aux oreilles ; au niveau des orifices (lèvres, narines, paupières).

A *la joue*, la guérison est généralement obtenue plus facilement que partout ailleurs.

L'ablation chirurgicale suivie de la réunion par première intention si le *lupus* est petit, de greffes auto-plastiques ou même de greffes de Tiersch s'il est assez étendu, donne les rapides résultats que nous avons décrits plus haut.

L'application des rayons lumineux est également très indiquée.

L'ignipuncture ne doit être employée qu'avec ménagements, en se souvenant que parfois les pointes de feu ont amené des rétractions cicatricielles et causé un ectropion.

Le grattage sera exclusivement réservé au *lupus* qui couvre toute l'étendue de la joue.

Au nez et aux oreilles les pertes de substance et les rétractions cicatricielles doivent être soigneusement évitées. Aussi doit-on proscrire absolument les caustiques et se servir des pointes de feu le plus rarement possible. On évitera ainsi les déviations latérales du nez, les brides saillantes qui attirent l'oreille dans une position vicieuse ou accolent sa face postérieure à l'apophyse mastoïde.

Les scarifications ne donnent jamais de ces résultats déplorables : leur effet est, avant tout, conservateur, et les cicatrices obtenues sont absolument impeccables.

On conçoit que leur usage, bien qu'un peu lent, soit fort courant lorsqu'il s'agit de traiter le nez et l'oreille auxquels on doit s'efforcer de conserver leur aspect normal.

Pour les mêmes raisons la méthode Finsen sera également pratiquée avec avantage.

L'ablation chirurgicale et la réunion par première intention, est ici impossible, la peau ne se laissant pas suffisamment attirer : mais les autoplasties par glissement ou par greffes sans pédicules donnent des résultats assez satisfaisants, moins beaux cependant que la scarification et la méthode Finsen. « Pour les pertes de substance de médiocre étendue, la méthode de Thiersch peut être employée. Lorsque la perte de substance est large, il faut recourir à la méthode indienne, et lorsque la destruction comprend les deux côtés du nez avec conservation de la cloison c'est la rhinoplastie par lambeau frontal replié qui donne les meilleurs résultats (1). »

Mais c'est surtout quand le lupus siège au pourtour des *orifices* du visage, autour de la bouche, des narines, des yeux, que l'on doit proscrire toute thérapeutique exposant à des pertes de substance ou à des

(1) Duvernoy. — Thèse de Doctorat. Janvier 1901. *De la Rhinoplastie partielle*, p. 67.

rétractions cicatricielles. Les caustiques, les pointes de feu, l'intervention chirurgicale, sont contraindiqués. Trop souvent en effet l'ectropion, l'atrésie buccale, le rétrécissement ou l'oblitération des narines doivent être mis sur le compte d'une thérapeutique mal conduite ; dans ces cas malheureux il ne s'agit plus seulement de malades défigurés ; des infirmités terribles, la perte d'un œil, peuvent résulter de la formation de ces cicatrices vicieuses. Avant tout, le traitement doit donc viser à obtenir des résultats plastiques aussi satisfaisants que possible, quelle que soit la longueur de la thérapeutique mise en œuvre. La scarification ou le traitement de Finsen seront donc seuls employés.

Pas de perte de substance, cicatrices souples sans brides fibreuses rétractiles : tels sont en quelques mots les résultats avantageux qu'ils donnent et qui les font préférer dans ce cas à toute autre médication.

b) Il n'en est plus de même quand le lupus siège *aux membres* ; là l'aspect de la cicatrice est d'un intérêt secondaire ; pourvu qu'elle soit physiologiquement satisfaisante, c'est-à-dire qu'elle permette l'usage facile du membre où elle siège, elle peut être considérée comme suffisante. Qu'importe, par exemple, que le bras soit plus ou moins couturé, s'il se plie et s'étend sans difficulté, et si les mouvements de la main se font normalement ?

Aussi, les méthodes qui agissent rapidement sont-elles celles que l'on préférera. Les autoplasties et les greffes de Thiersch sont donc tout indiquées. On aura soin toutefois de faire ces greffes très largement, sans

jamais avoir de surfaces tendues, et on se rappellera, qu'au niveau des plis de flexion, la peau doit toujours être lâche pour permettre des mouvements étendus.

Dans les cas où l'ablation totale serait impossible, le raclage serait employé de concert avec les caustiques; et le galvano-cautère terminerait la guérison.

c) Le *lupus des organes génitaux* est extrêmement rare, et les quelques cas qui ont été publiés ont prêté à discussion.

Comme il s'agit d'une région dont les tissus doivent être souples et élastiques, on aurait soin d'éviter les médications qui favorisent la production de rétractions et de brides, c'est-à-dire les caustiques. On éviterait ainsi l'atréisie possible de l'orifice vaginal et les coudures de la verge.

d) Le *lupus des muqueuses* ne comporte l'application que d'un petit nombre de procédés. Eliminons d'abord: la méthode Finsen qui est inapplicable à des régions aussi difficilement accessibles; la scarification dont les résultats sont à peu près nuls; les autoplasties qui sont impraticables. Restent le raclage, les caustiques et l'ignipuncture.

Le raclage, avec une curette de moyenne taille promenée avec force sur les bourgeons lupiques, sera préféré aux autres traitements quand le lupus aura une certaine étendue. Il sera suivi d'une application d'acide lactique.

L'ignipuncture est d'un emploi facile et peu douloureux: contrairement à ce qu'on pourrait croire, les

cautérisations sur les muqueuses sont moins douloureuses que sur la peau. C'est le procédé de choix pour le lupus des gencives.

Les applications de solutions caustiques au moyen d'un pinceau imbibé d'acide lactique ou de chlorure de zinc, sont également recommandables ; surtout quand on les combine avec un autre traitement.

3° D'après la gravité de l'évolution.

De toutes les néoplasies, le lupus est certainement l'une des plus polymorphes ; au point de vue du traitement on peut cependant ranger ces formes variées en 3 classes :

a) Une forme évoluant assez lentement, sans ulcérations, bénigne en apparence, mais en réalité extrêmement rebelle, toujours très longue et difficile à guérir : le *lupus non exedens* ;

b) Une forme à marche plus rapide, produisant des ulcérations, et des pertes de substance, paraissant à première vue plus maligne que la précédente, mais en général plus facile à traiter ; c'est le *lupus exedens* ;

c) Une variété caractérisée par son évolution rapide, foudroyante, causant en quelques semaines des destructions irréparables : c'est le *lupus vorax*.

Peut-être devrions-nous ajouter une quatrième catégorie comprenant toute une série de faits particuliers et exceptionnels qui rendent *intraitables* des lupus pouvant appartenir à chacune des formes énoncées plus haut.

Enfin, il va sans dire, qu'entre ces formes extrêmes il existe des transitions qui font varier à l'infini le nombre des cas particuliers.

Suivant son aspect, suivant son mode d'évolution, le traitement du lupus varie.

a) le *lupus non exedens* est toujours très rebelle ; c'est à lui que sont dûs ces cas d'une ténacité désolante qui désespèrent les malades et les poussent à essayer successivement toutes les médications.

La scarification échoue complètement dans le traitement de ces lupus durs, secs, non ulcérés, à tubercules fins et serrés.

L'ignipuncture est plus efficace, mais est bien souvent impuissante.

La photothérapie semble devoir être plus active, bien que les beaux succès qu'elle a donnés soient en très grande majorité des guérisons du lupus exedens.

Aussi la véritable indication dans ce cas, c'est de s'adresser à la chirurgie, afin de débarrasser radicalement le malade d'un mal qui risque de s'éterniser.

b) le *lupus exedens*, au contraire, se modifie en général assez rapidement sous l'influence du traitement. Aussi le médecin devra-t-il songer non seulement, comme dans l'hypothèse précédente, à guérir son malade le plus vite possible, mais aussi, mais surtout à obtenir une cicatrice irréprochable.

A ce titre, la méthode de Finsen et la scarification seront préférées à l'ignipuncture, aux scarifications ignées, aux résections chirurgicales.

c) Dans le *lupus vorax*, les progrès du mal en sur-

face et en profondeur se produisent avec une vitesse qui nécessite une intervention prompte et énergique, si on veut éviter des désordres irréparables, comme la destruction des narines, la chute de la cloison, etc...

C'est dans ces cas surtout que réussissent parfaitement la scarification et la méthode de Finsen.

Après avoir nettoyé les surfaces ulcérées, au moyen de pulvérisations d'eau boriquée tiède, après avoir enlevé les croûtes et lavé les points qui suppurent, afin de réduire au minimum possible les infections secondaires, on commencera sans retard les séances de traitement.

Attaqués énergiquement par le scarificateur, les tissus se laissent dilacérer en tous sens ; la petite lame pénètre parfois à une profondeur considérable et un peu effrayante pour l'opérateur qui ne s'y attendrait pas. Bientôt tous les tissus lupiques labourés ne forment plus qu'une masse saignante informe ; devant ce résultat, on a peine à croire que, quelques jours plus tard, ces tissus se seront en partie organisés et auront repris forme satisfaisante. C'est cependant ce qui a lieu : très rapidement l'infiltration disparaît, les bourgeons s'affaissent, la suppuration se tarit et la cicatrisation commence ; au bout de quelques mois de ce traitement, à la place de l'énorme masse de tissus malades, on a un organe sain recouvert d'une peau lisse, et d'un aspect presque absolument normal.

Les observations de Finsen montrent également que les rayons lumineux agissent sur le *lupus vorax*

avec une énergie et une rapidité remarquables, donnant des cicatrices excellentes.

Aucune des autres méthodes ne peut être comparée à ces deux modes de traitement qui restent les seuls pratiques et énergiques dans ce cas spécial. Ajoutons seulement, que les injections locales de calomel font diminuer promptement l'éléphantiasis qui accompagne souvent ces formes ; mais elles ne donnent que des améliorations, jamais de guérisons durables.

II. — INDICATIONS TIRÉES DES CONDITIONS INDIVIDUELLES DU MALADE

Les lupiques ne se trouvent pas tous dans des conditions identiques : les uns sont jeunes, les autres âgés ; les uns habitent la campagne, les autres de grandes villes ; s'il en est de riches, il en est aussi beaucoup de pauvres. Ces différences, on le conçoit, peuvent avoir une importance capitale pour le choix d'une médication pratique : le médecin doit en tenir compte lorsqu'il veut instituer un traitement approprié à l'âge, au sexe, à l'habitat, à la condition et à la richesse de son malade.

1^o Traitement d'après l'âge et le sexe.

Chez les enfants atteints de loup, le traitement visera un but légèrement différent suivant qu'il s'agit d'un garçon ou d'une fille.

a) Le desideratum pour une jeune fille, c'est d'obtenir une cicatrice parfaite et très peu visible. Elle préférera attendre la guérison un peu plus longtemps pour garder de sa maladie le moins de traces possible.

Toutes les médications qui agissent rapidement en produisant des cicatrices imparfaites, doivent donc être reléguées au second plan : et, parmi elles, les caustiques, la cautérisation ignée, et même l'ablation chirurgicale.

Au contraire, la scarification et la méthode de Finsen sont nettement indiquées : elles constituent le traitement qu'il convient de proposer avant tout autre.

b) Pour les *garçons*, la perfection de la cicatrice a bien aussi son importance : mais elle est moins nécessaire que chez les filles : la cicatrice linéaire due à l'ablation chirurgicale suivie de la réunion par première intention, est pour un homme fort acceptable, surtout si elle siège sur la joue, en un point qui plus tard pourra être caché par la barbe.

Les scarifications et la méthode Finsen sont peut-être ici encore préférables aux autres traitements ; mais l'ablation chirurgicale, l'ignipuncture combinée avec la scarification, sont également très recommandables.

Dans les cas très étendus, on pourrait même avoir recours au grattage, mais comme pis-aller.

c) Les indications sont à peu près les mêmes chez la femme *adulte* ; signalons seulement cette légère différence : Pour une jeune femme, le point essentiel sera de conserver autant que possible l'agrément

de son visage ; pour une mère de famille ayant déjà un certain âge, c'est une affaire de second ordre. La première tiendra essentiellement à une guérison parfaite, l'autre voudra avant tout guérir vite. A celle-ci, nous conseillons l'ablation chirurgicale et les greffes autoplastiques, à celle-là les scarifications et la méthode Finsen.

d) *L'homme adulte* s'accommodera surtout des traitements qui agissent vite et donnent une cicatrice physiologiquement suffisante, c'est-à-dire ne gênant en rien ses fonctions ou ses mouvements.

En général, pour lui, les scarifications agissent trop lentement ; on leur préférera les rayons lumineux, l'ablation chirurgicale, l'ignipuncture et la scarification combinées, le grattage.

e) Chez le *vieillard*, le lupus évolue ordinairement avec une lenteur remarquable ; si cette évolution lente est constatée, ne vaudra-t-il pas mieux renoncer à l'espoir d'une guérison complète, que soumettre un malade qui n'a que peu d'années à vivre, à un traitement toujours douloureux et astreignant, ou à une opération qui peut lui être fatale, puisqu'elle exige le sommeil chloroformique ?

Le mieux serait en ce cas de faire aussi peu de traitement que possible : pas de chirurgie, quelques rares séances d'ignipuncture, de temps à autres quelques attouchements avec une solution caustique, d'acide lactique, de chlorure de zinc ou de nitrate d'argent.

2^o Traitement d'après l'habitat.

Les malades qui habitent les grandes villes ont à leur disposition tous les modes de traitement, exception faite pour la méthode Finsen, qui est de date assez récente et n'est pas encore très répandue. Ceux qui vivent à la campagne ou dans une petite ville, ne possèdent pas les mêmes ressources. A ce point de vue il importe donc de se demander quels sont les traitements pratiques, appropriés à la résidence du loupique.

L'action des rayons lumineux, suivant la méthode de Finsen, ne donne des résultats que si l'on a une installation bien faite; cette installation nécessite une source d'électricité puissante puisque la lampe à arc doit être d'au moins 50 ampères. Seules les localités où se trouvent des usines électriques sont donc à même de posséder des appareils Finsen. Aussi ce traitement ne pourra-t-il jamais être applicable aux malades de la campagne.

Au contraire, le traitement chirurgical nécessite l'internement des malades dans un hôpital pendant un temps relativement court, un à deux mois. Il est donc à la portée de tout le monde, du citadin aussi bien que du campagnard qui viendra volontiers se faire soigner à la ville pour être rapidement guéri.

Quant à la scarification, elle constitue avec l'ignipuncture le traitement le plus facile à appliquer, quel que soit l'habitat du malade. Il n'est pas un médecin de village qui ne possède un thermo-cautère et ne

puisse avoir dans sa trousse quelques scarificateurs, modèle Vidal. Le lupique peut donc se faire soigner au besoin par son médecin habituel : celui-ci n'aura sans doute pas l'habileté et le doigté que seule l'habitude peut donner, mais du moins il pourra s'opposer efficacement à la marche d'un mal qui sans lui ferait de rapides progrès.

En résumé l'ignipuncture combinée avec la scarification, qui donne entre les mains d'un spécialiste des guérisons excellentes, pourra, maniée par une main moins habile, produire des résultats généralement suffisants. Le prix modique des appareils qu'elle nécessite, la facilité avec laquelle on peut s'en servir en font le procédé le plus pratique pour le médecin de campagne, et le seul applicable au paysan qui tient à se faire soigner dans son pays.

3^o Traitement d'après la condition et la richesse du malade.

La fortune du malade, la position qu'il a dans le monde, le métier qu'il exerce ont aussi leur influence sur le traitement qu'on lui ordonnera.

Nous venons de voir que le traitement Finsen ne pouvait être suivi dans certaines villes ; le prix élevé qu'il coûte, environ 500 francs (1) pour les cinq mois que

(1) Cette somme de 500 francs, représente la moyenne des frais déboursés par le médecin pour le traitement d'un malade soigné d'après la méthode Finsen, à Paris.

dure la cure dans la moyenne des cas, le met à la portée de certaines bourses seulement. Il est vrai que tous les hôpitaux des grandes villes pourraient avoir un appareil Finsen mis gratuitement à la disposition des lupiques indigents. Mais nous n'en sommes pas encore là, et, en attendant, il convient de s'arrêter aux solutions actuellement pratiques. Seul, à l'heure actuelle, l'hôpital Saint-Louis possède une installation où on soigne les malades parisiens gratuitement comme dans toutes les dépendances de l'assistance publique : les médecins spécialistes, qui en ont fait construire d'autres chez eux, les réservent pour leur clientèle payante.

On peut donc affirmer que cette méthode, excellente sous tous les rapports, reste aujourd'hui l'apanage exclusif d'une classe de malades privilégiés, citadins dans l'aisance, et, nous devons ajouter, ayant des loisirs.

Il faut en effet beaucoup de temps libre pour suivre régulièrement ce traitement.

Il comprend une séance par jour pendant cinq mois consécutifs, durée moyenne de la cure. C'est une dépense de temps d'environ trois heures, si l'on tient compte du temps perdu pour se rendre auprès du médecin. Il est beaucoup de gens, même dans les classes aisées, auxquels leurs occupations ne laissent point une pareille liberté : la méthode Finsen cesse de leur être applicable. A plus forte raison, ne peut-on guère songer à l'appliquer à l'ouvrier qui n'a d'autre ressource que son travail quotidien.

En résumé, pour la clientèle fortunée et peu occupée,

le traitement par les rayons lumineux reste excellent et pratique.

Si le malade, même riche, est absolument empêché par ses occupations journalières, de se prêter aux exigences du traitement, il sera traité par l'ignipuncture et la scarification, ou par les méthodes chirurgicales.

Un jour viendra peut-être, où toute grande ville aura dans ses environs un sanatorium affecté spécialement au traitement de ses tuberculeux. Le péril tuberculeux va en effet sans cesse croissant. On commence à s'en émouvoir. Mais les précautions prises sont encore bien insuffisantes pour enrayer la dissémination rapide de ce fléau. Au Moyen Age, on fut obligé pour empêcher les ravages de la lèpre, de recourir aux mesures les plus sévères. Devant les progrès envahissants de la tuberculose, on finira par comprendre la nécessité d'agir vigoureusement : les tuberculeux seront sans doute obligés de se soigner hors de la ville dans un sanatorium où on les hospitalisera, et où tous les genres de médication pourront leur être appliqués.

Dans cette situation idéale, la méthode de Finsen sera certainement préférée à toutes les autres, pour le traitement du lupus.

Les idées que nous venons de développer peuvent être résumées dans le tableau suivant :

Traitements locaux du Lupus.

I. — INDICATIONS TIRÉES DES CARACTÈRES DU LUPUS

1 ^o D'après l'é- tendue.....	Petit lupus	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha) \text{ Ablation au bistouri et réunion par} \\ \text{1re intention.} \\ \beta) \text{ Méthode Finsen.} \\ \gamma) \text{ Scarifications.} \end{array} \right.$
	Lupus moyen...	$\left\{ \begin{array}{l} \alpha) \text{ Méthode Finsen.} \\ \beta) \text{ Ablation et autoplasties.} \\ \gamma) \text{ Ignipuncture et scarifications com-} \\ \text{binées.} \end{array} \right.$
	Grand Lupus ...	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Ablation. — Greffes de Thiersch.} \\ \text{Autoplasties.} \\ b) \text{ Méthode Finsen.} \\ c) \text{ Ignipuncture.} \\ d) \text{ Scarifications ignées.} \end{array} \right.$
	Très grand Lupus. —	Raclage.
2 ^o D'après le siège.....	Face. — Joue...	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Méthode Finsen.} \\ b) \text{ Ablation et réunion par première} \\ \text{intention.} \\ \text{Autoplasties.} \\ \text{Greffes de Thiersch.} \end{array} \right.$
	Nez et oreilles..	$\left\{ \begin{array}{l} c) \text{ Ignipuncture.} \\ d) \text{ Scarifications ignées.} \end{array} \right.$
	Membres et tronc	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Scarifications.} \\ b) \text{ Méthode Finsen.} \\ c) \text{ Ablation et autoplasties} \end{array} \right.$
	Muqueuses	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Ablation chirurgicale.} \\ b) \text{ Grattage.} \\ c) \text{ Scarifications ignées.} \end{array} \right.$
		$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Raclage.} \\ b) \text{ Ignipuncture.} \\ c) \text{ Caustiques.} \end{array} \right.$
3 ^o D'après la gravité de l'é- volution.....	L. non exedens..	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Ablation.} \\ b) \text{ Ignipuncture.} \\ c) \text{ Scarifications ignées.} \\ d) \text{ Méthode Finsen.} \end{array} \right.$
	L. exedens	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Méthode Finsen.} \\ b) \text{ Scarifications.} \\ \tilde{c}) \text{ Ignipuncture et scarificat. combinées.} \end{array} \right.$
	L. vorax	$\left\{ \begin{array}{l} a) \text{ Scarifications.} \\ b) \text{ Méthode Finsen.} \end{array} \right.$

II. — INDICATIONS TIRÉES DES CONDITIONS INDIVIDUELLES DU LUPIQUE

1 ^o D'après l'âge et le sexe	Enfants	{	Filles	{	Scarifications.
				{	Méthode Finsen.
		{	Garçons . .	{	Méthode Finsen.
				{	Ablation chirurgicale.
	Adultes	{	Femmes .	{	Ignipuncture et scarifications combinées.
				{	Autoplasties chirurgicales.
			Hommes .	{	Méthode Finsen.
				{	Ablation chirurgicale.
		{		{	Ignipuncture et scarifications combinées.
				{	Grattage.
	Vieillards . .	{			Pas de chirurgie.
					Pointes de Feu, ou méthode Finsen.
					Atouchements avec solutions caustiques.
2 ^o D'après l'habitat	{	{	Grandes villes	{	Méthode Finsen.
					Ablation.
					Scarification.
					Ignipuncture.
3 ^o D'après la condition et la richesse . . .	{	{		{	A la campagne
					Ignipuncture.
					Scarification.
	{	{		{	Riche et oisif. — Méthode Finsen.
	{	{		{	Riche et occupé.
	{	{		{	Pauvre et occupé
	{	{		{	Pauvre et <i>hospitalisé</i> aux frais de l'Assistance publique :
					Méthode Finsen.

Les développements qui précèdent nous paraissent expliquer d'une façon suffisamment claire, pourquoi nous n'avons pas cru devoir assigner à tel ou tel mode du traitement du lupus vulgaire la prééminence sur les autres. Nous avons dû, en effet, nous borner à faire ressortir les mérites de chaque procédé thérapeutique suivant les indications, parce qu'il n'était pas possible d'appliquer indistinctement et d'une manière efficace, telle médication donnée, à chacune des manifestations si diverses de ce genre d'affection.

Une comparaison basée sur les chiffres donnés par des statistiques bien faites eut été intéressante. Mais un pareil travail est à peu près impossible à faire dans l'état actuel de la pratique dermatologique. Les statistiques publiées sont toutes plus ou moins incomplètes; celles-ci traitent seulement des récidives; celles-là des cas restés rebelles à telle médication. Enfin les superpositions de traitements rendent impossible le classement méthodique d'un grand nombre de malades. Très souvent, en effet, un même lupique est soigné simultanément par plusieurs procédés: scarifications, ignipuncture et caustiques par exemple, ou encore curettage, caustiques et cautérisation ignée. De sorte qu'il n'est guère possible d'assigner à l'un ou à l'autre de ces traitements la part qui lui revient dans le succès ou l'insuccès constaté. Nous avons pensé que ces données, en partie arbitraires et incomplètes, nous conduiraient à des résultats faux. Aussi avons-nous renoncé à publier aucune statistique comparative.

Nous avons songé un instant à présenter ici, comme il est d'usage, des observations à l'appui des conclusions de notre travail. Si nos recherches avaient eu pour but l'examen d'un point déterminé dans la série des traitements du lupus, nous n'aurions pas hésité à produire des observations dans le sens de la thèse que nous aurions eue à soutenir. Nous nous sommes abstenus de fournir une justification complémentaire parce que, lorsqu'il s'agit comme dans notre étude, de déterminer la valeur comparative de toute une série de traitements différents, leur importance relative ne pouvant s'étayer que sur un nombre considérable d'observations pratiques, nous aurions été obligés pour faire œuvre utile de recueillir une quantité exceptionnelle de documents et de dépasser ainsi les limites forcément restreintes de cette modeste publication.



CONCLUSIONS

I. — Le traitement général a une importance capitale dans le traitement du lupique; non pas tant en vue de la guérison du lupus que pour la santé future du malade.

II. — Les traitements locaux qui donnent de bons résultats sont :

La méthode de Finsen, la scarification, l'ablation chirurgicale, la cautérisation par les cautères et les caustiques, la scarification ignée.

On ne peut, *a priori*, adopter un de ces traitements à l'exclusion de tous les autres. Il y a lieu de faire un choix entre eux suivant les caractères du lupus et la situation sociale du malade.

III. — La méthode de Finsen est indiquée dans la plupart des cas.

Cependant le lupus des muqueuses ne peut être soigné par cette méthode.

De plus, les habitants de la campagne et les pauvres non hospitalisés sont dans l'impossibilité de l'employer.

Ces réserves faites, on peut dire que par la rapidité relative de son action, par l'excellence des cicatrices qu'elle donne, la méthode de Finsen reste de tous les traitements employés dans la thérapeutique du lupus le plus recommandable.

IV. — Les scarifications donnent des cicatrices plus parfaites, peut-être, que toute autre méthode. Aussi les emploiera-t-on principalement dans le lupus des orifices (nez, lèvres, oreilles), surtout chez la femme.

Leur action sur le lupus vorax est énergique et rapide. Mais en général, elles agissent beaucoup plus lentement que les rayons de Finsen.

Elles sont applicables à tous les malades riches ou pauvres, de la campagne ou de la ville.

V. — L'ablation chirurgicale suivie de l'application de greffes, ou de la réunion par première intention des bords de la plaie, est indiquée dans le cas de :

α) Lupus non exedens, rebelle, soigné en vain par les autres méthodes ;

β) Très petit lupus du visage : la suture en ligne droite bien faite laissant des traces à peine visibles ;

γ) Lupus du tronc ou des membres ;

δ) Pertes de substance, à réparer par des auto-plasties.

Les méthodes chirurgicales agissent rapidement.

Les cicatrices sont souples et ne gênent pas les mouvements. Mais elles sont incomparablement moins belles que celles données par la méthode de Finsen et la scarification.

VI. — L'ignipuncture constitue un traitement rustique, mais les cicatrices qu'elle donne sont rarement belles.

Elle est contrindiquée dans le lupus des orifices, à cause des rétractions cicatricielles qu'elle peut provoquer.

Elle est indiquée surtout dans le traitement du lupus des membres ; combinée avec le raclage et les caustiques, elle donne des guérisons satisfaisantes.

A la face, en combinant l'ignipuncture avec la scarification on obtient des résultats très suffisants.

L'air chaud semble avoir une action analogue à celle des pointes de feu.

La scarification ignée en masse est indiquée surtout dans les cas de lupus rebelle inopérable. Les cicatrices sont très satisfaisantes s'il n'y a pas eu suppuration.

VII. — Les caustiques ne doivent pas être considérés comme pouvant constituer un moyen unique de traitement.

Leur application est très douloureuse et suivie presque toujours de la formation de brides rétractiles.

Toutefois, employés à titre d'auxiliaires d'autres

traitements (scarification, ignipuncture, raclage), ils peuvent rendre des services

Le nitrate d'argent, le permanganate de potasse et l'acide lactique peuvent être ainsi utilisés avec profit.

VIII. — Le raclage est réservé pour le lupus du tronc et des membres. Ses résultats ne sont jamais définitifs et doivent être améliorés par l'ignipuncture et la scarification.

IX. — Les injections locales médicamenteuses ne donnent pas de guérisons définitives.

Le calomel améliore rapidement les formes de lupus à infiltration profonde et aspect éléphantiasique.

X. — Les courants de haute fréquence, l'électrolyse, les rayons Röntgen ne guérissent pas le lupus.

XI. — Les essais de sérothérapie ont tous échoué jusqu'à ce jour.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
RAYMOND.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arloing*. — Congrès internat. pour l'étude de la tuberculose. 1888.
- Aubert*. — Du raclage dans les maladies de la peau. Lyon médical.
- Traitement du lupus à l'antiquaille. Ann. derm. Mars, 1883.
- Balzer*. — Ann. dermatol. et syph. Avril, 1900.
- Balmanno Squire*. — Traitement du lupus de la peau par l'érosion et l'acupuncture (British méd. Journal. Août, 1875.
- Baumgarten*. — Ueber lupus und tuberculose der conjunctiva Archiv. Virchow. 1881.
- Besnier (E)*. — Le lupus et son traitement. Ann dermat. 1880. Annales dermatol., 1883.
- Besnier et Doyon*. — Traduction de Kaposi.
- Besnier et Hallopeau*. — Ann. dermat. et syph. 1891. Bulletin médical. 1891.
- Bissérié*. — Journal des malad. cutanées. 1898.
- Brissaud*. — Article lupus du dict. de Jaccoud.
- Brocq (L)*. — Rapports du lupus et de la tuberculose. Journal de Médecine de Paris. Oct., 1883.
- Trait. des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques.
- Brocq et Jacquet*. — Précis élémentaire de dermatologie.
- Castello*. — Lexicon medicum.
- Cazenave*. — Leçons sur les maladies de la peau.
- Chauveau*. — Discussion sur le tub. anatom. Congrès internat. pour l'étude de la tub., 1888.
- Cornil*. — Sur la tub. des muqueuses considérées comme porte d'entrée du virus tub. Congrès, 1881.

Compte rendu du XIII^e Congrès intern. de médecine. 1900.

Debove. — Tub. cutanée. *Gazette hôpitaux.* 1890.

Doutrepelont. — Analyse de E. Besnier dans *Ann. derm.*, 1884.

Doyen. — Traité du lupus par l'acide lactique. *Journal des connaissances médic.* 1886.

Dubreuilh. — Traité des maladies de l'enfance.

Dubois-Havenieth. — Le lupus vulgaire. Thèse d'agrég. Bruxelles, 1890.

Durhing. — Traité des maladies de la peau. Tr. Barthélémy.

Du Castel. — Tub. cutanées.

Du Castel et Foveau de Courmelles. — Trait. du lupus par les rayons X et les courants de haute fréquence. (*Annales d'électro-biologie.* 1898).

Duvernoy. — De la rhinoplastie partielle. Th. de Paris, 1901.

Failout. — Réflexions sur les méthodes employées en auto-plastie. Thèse, Paris.

Faure. — Trait. du lupus par la tuberculine TR. Thèse, Paris, 1899.

Feulard. — Trait. de la tub. par les injections de sérum de chien. *Ann. dermat.* 1890.

Finsen (Niels R.). — La Photothérapie (Carré et Naud) 1899.

— Trait. du lupus vulg. par les rayons lumin. concentrés.

Forchreiner. — De la scrofule. *Médic. News.* Avril 1885.

Fox (Colcott). — Diff. méthodes de trait. du lupus. *Journal of cut and. vener. diseases* Mars, 1885.

Grancher. — Relations entre la scrofule et la tuberculose : Congrès de Copenhague. Août 1884.

Gastlou. — *Annales d'électricité médic.* 1900.

Gaucher et Barbe. — Art. traité de médecine (Brouardel et Gilbert).

Hallopeau et Leredde. — *Dermatologie.*

Hallopeau. — *Ann. dermat. et syph.* 1895.

Hanot. — Art. phthisie du dict. de Jaccoud.

Hébra et Kaposi. — Traité des maladies de la peau. Tome II.

Hutchinson. — *British méd. journal.* Janv. 1888.

- Larat.* — Électricité médicale. Traité pratique.
- Landouzy et Quérat.* — Note sur la tub. infantile Soc. médic. hôp. Avril, 1886.
- Lang.* — Wiener medizinische Wochenschrift.
XIII^e Congrès dermat. Paris, 1900.
- Lannelongue.* — Tr. de la tub. par le chlorure de zinc. Bulletin académ. méd. 1891.
- Leloir.* — Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau.
- Ludwig.* — Beitrag zur klinische Chirurgie.
- Merklen.* — Tub. anatomiq. et inoculat. tub. Ann. dermat. 1885.
- Morel-Lavallée.* — Revue thérap. Juillet, 1891.
- Nélaton.* — Trait. chirurgic. du lupus. Soc. derm. Juin, 1899.
XIII^e Congrès dermatologique. 1900.
- Nocard.* — Congrès de la tub. 1891.
- Neumann.* — Traité des maladies de la peau.
- Quénu.* — Trait. de la tub. locale par les solut. d'acide fluorhydrique. Congrès internat. tub., 1888.
- Raugé.* — Cure radic. du lupus. Bulletin médic., 1898.
- Riehl.* — Über Anwendung des Iodoform bei Lupus vulgaris centralb f. chirurg., 1881.
- Sabatier.* — Trait. des scrofulides cutanées et des gommescroful. chez les enfants par le raclage et la cautérisation au thermocautère.
- Terrillon.* — Leçons sur les abcès froids. Prog. méd. août, 1887.
- Thibierge.* — Trait. du lupus à Berlin. Bull. soc. derm., 1891.
— Trait. du lup. vulg. par le lymphé de Koch. Ann. Dermat. et Syph. 1890 et 1891.
- Thierry.* — Thèse de doctorat. 1881.
- Unna.* — Zur Lupus Behandlung, Monatsch. schatish d. 1888,
Deutsch méd. Zeitung et rev. de thérap. 15 fév. 1899
- Vidal.* — Trait. du lupus, Paris, 1880.
- Virchow.* — Archiv de Virchow. t. XXXII. 1865,
- Volkman.* — Ueber den Lupus und seine Behandlung.
- Yadassohn.* — Arch. Virchow. 1891.

